

DES
KYSTES DERMOÏDES
DU COU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE MARDI 17 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Georges PILON

De Nancy (Meurthe-et-Moselle).

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0062

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 170)

DES
KYSTES DERMOÏDES
DU COU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE MARDI 17 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Georges PILON

De Nancy (Meurthe-et-Moselle).

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES, ✱ professeur.	
Thérapeutique	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie génér., descriptive et topogr.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N...., professeur.	
Clinique externe.....	M. N...., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, *président*; MM. HEYDENREICH, E. PARISOT, A. HERRGOTT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE FILIALE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR GROSS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. HERGOTT

HOMMAGE RESPECTUEUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY.

INTRODUCTION

Les kystes dermoïdes du cou sont encore peu connus, malgré les nombreux travaux dont ils ont été l'objet dans ces dernières années; aussi, ayant eu la bonne fortune d'en observer un cas à l'hôpital Saint-Léon, dans le service de M. le professeur Gross, nous l'avons choisi, du consentement de notre maître, comme base de notre travail inaugural.

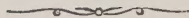
Réunir un grand nombre de faits cliniques relatés tant en France qu'à l'étranger, publier quelques observations nouvelles et présenter l'état de la science sur cette intéressante question : telle est notre unique ambition.

Nous étudierons successivement l'Histoire, la Pathogénie, l'Anatomie Pathologique, la Symptomatologie et le Diagnostic, la Marche, le Pronostic et le Traitement de cette affection.

Qu'il nous soit permis, au début de notre travail, d'exprimer notre profonde reconnaissance à M. le Professeur Gross, qui a bien voulu nous aider de ses savants conseils.

Nous adressons nos remerciements à notre excellent ami et collègue le docteur Dommartin, auquel nous devons une observation suivie de l'examen de la tumeur.

Merci enfin à notre ami Martin pour la gracieuseté avec laquelle il a mis à notre disposition sa connaissance de la langue allemande.



DÉFINITION

Sous le nom de kystes dermoïdes du cou, nous désignerons des tumeurs dont le caractère essentiel est d'avoir pour paroi une membrane présentant une texture analogue à celle de la peau ou d'une muqueuse, et dont le contenu dépend de la nature de l'enveloppe.

Ainsi donc, pour nous, l'épithète *dermoïde*, qui vient du mot derme, à une signification plus large que celle qu'on lui accorde généralement, et notre définition est en rapport, comme on le verra plus loin, avec la Pathogénie et l'Anatomie Pathologique de ces néoplasmes.

HISTORIQUE

Celse (1) est le premier auteur qui parle des kystes congénitaux du cou, et pour les définir, il s'exprime en ces termes : « Dans la région du cou, entre la peau et la trachée artère, il se développe quelquefois une tumeur que les Grecs appellent *bronchocèle*, et qui renferme tantôt une chair inerte, tantôt une humeur semblable à de l'eau ou à du miel, et parfois même des poils mêlés à de petits os. Cette matière, quelle qu'elle soit, est toujours contenue dans un kyste ».

Signalons ensuite une observation de Joubert (2), intéressante surtout par l'examen qu'il fit de la tumeur et dans laquelle il crut trouver : « des poils, des corps ronds, membraneux, différemment contournés, ondoyants et ressemblant tout à fait à de petits intestins grêles ».

Boyer (3) en 1821, et Maunoir (de Genève) (4) en 1825, établissent une distinction bien nette entre certaines tumeurs du cou et celles qui appartiennent au corps thyroïde.

Peu après Redenbacher (5), le premier, donne une description des kystes congénitaux du cou ; il rapproche ces tumeurs

(1) Celse. *De re medica libri octo*, lib. VII.

(2) *Histoire de l'Académie royale des sciences*, 1754. Paris, 1759, p. 62.

(3) *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, p. 58, 1821.

(4) *Mémoire sur l'hydrocèle du cou*, 1825.

(5) Redenbacher. *Dissertatio inaug. de ranula sub lingua congenita*, 1828.

de la grenouillette et établit leurs connexions avec le plancher de la bouche.

En Allemagne, nous avons à noter les observations d'Ebermayer et de Volkers. Droste, en 1839, publia un article sur ce sujet, dans les *Annales hanovriennes*, et dont parle Giraldès dans la *Gazette des hôpitaux*, p. 13, 1860.

En Angleterre, César Hawkins (1) faisait paraître, à la même époque, un travail sur la question qu'il traite avec plus de détails que ses prédécesseurs. Dans son mémoire, qui marque d'une façon distincte une ère nouvelle dans l'histoire des kystes du cou, il étudie non seulement les symptômes et le traitement de cette affection, mais à propos de la Pathogénie, il déclare que les tumeurs ne résultent pas de l'obstruction des conduits des glandes parotides et sous-maxillaires.

Wernher (2), en 1843, dans un travail sur les kystes congénitaux en général, les divise en kystes simples et kystes composés.

Nous trouvons ensuite dans la thèse de Joseph Gilles (3) deux observations dues au docteur Würtzer, que nous résumerons ; l'une se trouve relatée dans la thèse de M. Cusset (4) et l'autre a été publiée dans les *Archives de médecine* (année 1863. vol. 1).

En 1852, à l'une des séances de la Société de biologie, Le-

(1) *On a peculiar form of congenital tumour of the neck (Medico-chirurgical Transactions, 1839).*

(2) Wernher. *Die angeborenen kysten-hygrome*, 1843.

(3) Joseph Gilles. « *De hygromatis cysticis congenitis de que novis quibusdam eorundem exemplis quæ in collo et in regione Sacræi observata sunt.* » Bonn 1852 et *Archiv. gén. de méd.* t. I, 1853.

(4) Cusset. *Étude sur l'appareil branchial des Vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme.* Thèse de Paris, 1877.

bert (1) communique un intéressant mémoire sur les kystes dermoïdes en général.

Lorain publie en 1853 et en 1854, dans les comptes rendus de la Société de biologie, trois observations de cette affection.

Virlet (2), dans sa thèse intitulée : Des kystes congénitaux du cou, adopte la division des kystes proposée par Wernher et comme moyen de traitement de ces tumeurs préconise la ponction suivie d'une injection iodée.

Signalons un mémoire de Roux (3) dans lequel l'auteur ne traite qu'accessoirement les kystes congénitaux du cou, puis un article de Debout qui a surtout rapport à leur traitement par les badigeonnages et les injections de teinture d'iode. *Bulletin général de thérapeutique*, 1856 t. LI).

En 1859, à la suite d'une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie sur les kystes congénitaux du cou, à propos d'une observation communiquée par M. Giraldès (4), la distinction de ces tumeurs en kystes simples et kystes composés fut considérée comme nécessaire au point de vue de leur traitement.

Notons encore plusieurs observations de Giraldès, (5) Blanchez (6) Sedillot (7) et Fano (8).

Dans la thèse de Boucher (9), qui contient un bon histori-

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, 1852.

(2) Virlet. *Thèse de Paris* 1854.

(3) Roux. *Des kystes séreux du cou*. (Bulletins de l'Académie de médecine, 1855.)

(4) *Bulletins de la Société de chirurgie* 1859, t. X, p. 221.

(5) *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 13.

(6) *Bulletins de la Société anatomique*, 1856, p. 286.

(7) *Union médicale*, t. v., p. 491, 1860.

(8) *Id.* 1861, t. I p. 122.

(9) Boucher. *Etude sur les kystes congénitaux du cou*, 1868. Thèse de Paris.

que auquel nous devons une partie des indications bibliographiques relatées ci-dessus, nous trouvons une division des kystes congénitaux du cou, en trois espèces : 1^o les kystes congénitaux simples ; 2^o les kystes congénitaux composés ; 3^o les kystes congénitaux thyroïdiens. L'auteur propose comme traitement de ces tumeurs, les ponctions successives jusqu'à ce que l'enfant soit assez fort pour supporter un autre traitement.

Guérin (1), dans sa thèse sur les kystes congénitaux du cou, laisse de côté les kystes dermoïdes.

En 1872, M. Verneuil (2) présente à la Société anatomique un kyste du plancher de la bouche qu'il a enlevé chez une jeune fille de dix-huit ans.

Citons une observation de Boeckel (3) en 1876, puis en Allemagne, plusieurs observations de Max Schede, de Lucke, Langenbeck, Bidder, Esmarch, Neumann, et Baumgarten, consignées dans la thèse de M. Cusset (4).

Dans un remarquable travail intitulé : Etude sur l'appareil branchial des vertébrés et quelques affections qui en dérivent chez l'homme (fistules branchiales, kystes branchiaux, kystes dermoïdes), M. Cusset ne se contente pas d'étudier l'embryogénie de la face et du cou dans la série des vertébrés, mais rapporte un grand nombre d'observations de kystes branchiaux et de fistules branchiales, et jette un jour nouveau sur ce sujet que les opinions les plus controversées ont rendu si obscur.

(1) Guérin. *Kystes congénitaux du cou*, 1876. Thèse de Paris.

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1872.

(3) Boeckel. *Kyste sanguin congénital du cou* ; in *Gaz. méd. de Strasbourg*, oct. 1876.

(4) Loc. cit.

Depuis cette époque aucun travail complet n'a été fait sur la question, nous ne trouvons qu'un petit nombre d'observations publiées tant en France qu'à l'étranger, que nous relatons dans notre dissertation inaugurale.

Ce qui a paru en dernier lieu sur notre sujet, c'est un travail de M. Ozenne, interne des hôpitaux, sur les kystes dermoïdes sublinguaux et qui est consigné dans les *Archives générales de Médecine* (mars 1883).



OBSERVATIONS

Nous exposerons dans ce chapitre les observations de kystes du cou qui ont servi de base à notre travail.

Nous les grouperons de la façon suivante :

1° Kystes branchiaux des régions latérales du cou (résumé des observations relatées dans la thèse de M. Cusset, 1877).

2° Kystes sous-hyoïdiens (Idem).

3° Kystes sublinguaux et sus-hyoïdiens (Ozenne, *Archives de médecine*, 1883).

4° Observations des kystes dermoïdes du cou, publiées tant en France qu'à l'étranger, depuis 1877.

5° Deux cas nouveaux et inédits que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Gross.

KYSTES BRANCHIAUX DES RÉGIONS LATÉRALES DU COU

Observation I.

Jeune homme de 17 ans : au côté gauche du cou, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, débordant un peu le sterno-cleido-mastoïdien ; la peau qui la recouvre se déplace facilement ; sur les parties profondes peu de mobilité. Fluctuation nette. Gêne de la respiration. Ponction puis injection iodée.

Le contenu est un liquide épais, composé de grandes cellules épithéliales plates avec bien peu de sérosité.

Le malade quitte l'hôpital et revient peu après. Récidive complète. Extirpation de la tumeur, qui s'étend assez profondément vers le pharynx. Cette fois, le contenu offre, outre les cellules épithéliales un grand nombre de globules de pus et de sang. Guérison.

Observation II.

Wilhelm B..., âgé de 15 ans, porte une tumeur vers le milieu de la longueur du sternó-cleido-mastoïdien gauche de la grosseur d'un œuf de poule, indolente et fluctuante.

Extirpation. La tumeur s'étendait jusqu'aux vertèbres cervicales. Appliquée sur la gaine commune de la veine jugulaire interne et de l'artère carotide sans y adhérer.

Contenu présentant des cellules cornées et graisseuses. Peu de réaction, suppuration faible. Guérison.

Observation III (1).

Anna S..., âgée de 22 ans. Tumeur fluctuante au côté gauche du cou qui a résisté à tous les traitements tentés depuis l'âge de 11 ans. A cette époque, elle s'était ouverte d'elle-même par l'effet d'un emplâtre puis s'était reformée. Elle part de l'apophyse mastoïde, longe le bord inférieur du maxillaire pour se terminer à un pouce de la ligne médiane du cou, et repousse en dedans le plancher de la bouche. Incision parallèle au bord du maxillaire inférieur et extirpation du kyste qui présente des adhérences avec les parties voisines, surtout en bas. Guérison. Le contenu du kyste se composait de grandes cellules épithéliales aplaties remplies de granulations graisseuses.

Cette observation montre que ces kystes sont susceptibles de s'enflammer et de venir s'ouvrir au dehors, mais que dans ces cas la récidive a lieu, car la suppuration ne peut arriver à détruire une paroi de cette nature.

Observation IV.

Kyste dermoïde profond du cou, développé dans la région auriculaire, par Bud. Virchow (Virchow's Archiv., Bd, XXXV, 1866, s 208.)

Anna K..., âgée de 24 ans, remarqua il y a dix ans une tumeur au cou qui n'a fait qu'augmenter. Située à gauche entre l'angle du maxillaire inférieur et l'apophyse mastoïde, la tumeur du volume d'un œuf d'oie est indolente et fluctuante. Autre tumeur au dessus du sternum, et près du bord externe du sterno-cleido-mastoïdien, également indolente.

(1) Les trois premières observations ont été recueillies par Max Schede dans le service du professeur Volkmann, et publiées dans les Archiv. de Langenbeck, 1872. Bd. XIV, et Archiv. gén. de méd., 1874, t. 1, p. 236.

Opération : incision de la peau puis de la tumeur.

Ecoulement d'une grande quantité de substance épaisse, grasse d'un blanc jaunâtre. Extirpation de la tumeur. Réaction inflammatoire vive et guérison. La malade ne voulut pas laisser extirper la seconde tumeur. Contenu du kyste formé de matière sébacée. Paroi constituée par une peau lisse, revêtue d'un épiderme, et contenant les glandes sébacées.

Observation V.

Kyste congenital de la région supérieure du cou, par Campenon
(Thèse de Guérin. Paris 1876, p. 28).

Enfant de 11 ans. Tumeur au niveau de la région parotidienne gauche, du volume d'un petit œuf, et datant de la naissance. Elle s'étend du bord antérieur du sterno-mastoidien au bord postérieur du maxillaire inférieur, à deux travers de doigt en dehors de l'angle de la mâchoire.

Cicatrice au sommet de la tumeur. Peu de fluctuation, consistance inégale. Le malade a reçu dernièrement un coup sur la tumeur. M. Giralès, par une ponction retire quelques gouttes d'un liquide brunâtre, puis pratique l'excision partielle de la paroi cutanée. Il s'échappe du kyste une bouillie brunâtre analogue à des caillots sanguins. La partie restante du kyste est touchée au crayon de nitrate d'argent.

Guérison en 20 jours.

La partie excisée présente une couche épithéliale à cellules polygonales inégales, qui repose sur un tissu cellulo-fibreux dense formant la coque du kyste.

Observation VI.

(Neumann) (1).

J. F. . . . , âgée de 23 ans. Tumeur datant de la naissance, et qui s'étend depuis le bord supérieur du sternum, en haut et à gauche : consistance molle. Extirpation et guérison. Contenu du kyste constitué par une matière d'un gris jaunâtre, sale, consistante. Paroi tapissée par un épithélium tantôt parimenteux, tantôt vibratile stratifié. Sous l'épithélium, réseau lâche de tissu conjonctif aréolaire contenant des fibres élastiques.

Observation VII.

(Baumgarten).

S. . . . , 58 ans. Tumeur s'étendant depuis la face antérieure du sterno-mastoidien droit et de la clavicule jusqu'à la corne de l'os

(1) Cette observation et la suivante se trouvent dans les *Archiv. F. Klin. chir.* 1877. Bd. XX, Heft 4, § 819.

hyoïde ; étranglement à sa partie médiane. Surface lisse; fluctuation manifeste. Tumeur non réductible. Ponction et extirpation de la tumeur. Guérison au bout de 8 jours.

Le kyste extirpé a la forme d'une bouteille. Le contenu a une couleur jaune, et une consistance pâteuse. Il est constitué par des cellules plates à un ou plusieurs noyaux, qui sont parsemées d'un grand nombre de granulations graisseuses. On y trouve des globules rouges du sang. La paroi du kyste a pour substratum un tissu conjonctif, traversé partout par des fibres élastiques. On trouve partout une couche épaisse de cellules épithéliales cylindriques, à disposition stratifiée et reposant sur une couche unique d'autres cellules épithéliales cubiques.

Observation VIII.

Kyste branchial du cou, ayant probablement succédé à une fistule branchiale borgne interne, par M. Simon Duplay (1).

Soldat, âgé de 22 ans. Tumeur siégeant au cou à droite de la ligne médiane, entre le bord du sterno-mastoïdien et la trachée, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs du cou. Grosse comme une noisette, elle est fluctuante à son centre, résistante à sa périphérie, et formée par des parois dures et épaisses. Pas de douleur. De la partie supérieure part un cordon arrondi, dur, qui va se terminer à l'extrémité postérieure de la grande corne de l'os hyoïde, avec lequel il semble adhérer.

Observation IX.

Kyste congénital du cou, par J. Gilles (2).

Enfant présentant une tumeur qui occupait toute la moitié gauche du cou et la base correspondante de la mâchoire inférieure. Elle était molle, fluctuante ; un sillon transversal semblait indiquer la séparation de la cavité en plusieurs loges. Ponction suivie du passage de trois fils de soie à travers la base de la tumeur et liés au dessus du sac vidé. L'enfant succomba. La paroi interne du kyste était revêtue par une membrane dont la nature se rapprochait d'une muqueuse. Il existait deux cavités communiquant par un canal étroit.

Observation X (3).

Madame L..., âgée de 30 ans, s'aperçut il y a cinq ans, du développement d'une petite tumeur dure, arrondie, située sur la partie latérale gauche du cou, en arrière de la branche de la mâchoire infé-

(1) *Archiv. gén. de méd.* 1875. Vol. I. p. 78.

(2) *Archiv. gén. de méd.* 1853, vol. 1, 5^e Série, p. 82.

(3) *Arch. gén. de méd.* 1839, 3^e série, t. v, p. 269.

rière. Cette tumeur se développa tout à coup et atteignit la grosseur du poing. Elle est indolente, élastique, peu fluctuante. La peau est saine et mobile partout. Une incision détermine l'écoulement d'un liquide homogène, assez consistant. Le sac est constitué par deux membranes, l'une externe fibreuse, l'autre interne rougeâtre. La cavité du kyste est remplie de bourdonnets de charpie, et le tout est maintenu, comprimé par des tours de bande. La malade quitte l'hôpital : sa guérison n'a pas été constatée.

Observation XI (1).

Kyste congénital du cou, par Gilles.

Enfant de 20 mois qui présente une tumeur s'étendant de l'apophyse mastoïde gauche vers le menton ; oblongue, un peu mobile, douloureuse, elle a le volume de deux poings et pend comme un sac. Le Dr Wurtzer fit quatre opérations. Première opération : résection d'une masse arrondie et dure, adhérente au bord externe du maxillaire. Deuxième opération : extraction d'un os aigu qui ressemblait à une dent incisive. Troisième opération : extirpation d'une partie du kyste. Quatrième opération : ablation du reste de la tumeur.

Observation XII.

Kyste congénital du cou, par Giraldès.

Enfant du sexe féminin, née avec une tumeur du cou, du volume d'une grosse orange, étendue du lobule de l'oreille gauche jusqu'à la fourchette du sternum, et divisée en deux lobes, l'un supérieur, l'autre inférieur. Consistance molle, fluctuation manifeste.

Autopsie. La tumeur s'enfonce profondément dans l'épaisseur du cou, en formant un pédicule allongé, qui va s'implanter à une petite corne supplémentaire de l'os hyoïde et à la partie latérale du cartilage thyroïde. Dans l'intérieur du kyste, on trouve de petits corps durs, dont un surtout triangulaire, dans lequel le microscope découvre des cellules cartilagineuses, des ostéoplastes bien caractérisés et des cellules myéloïdes.

KYSTES BRANCHIAUX SOUS-HYOIDIENS

Observation XIII.

Kyste séreux (dermoïde), développé au cou entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde par Dupuytren (2).

Jeune fille de 13 ans, qui, depuis l'âge de 4 ans, présente une tumeur dont l'accroissement a été lent. Actuellement, c'est une

(1) *Arch. gén. de méd.* 1853, t. I, p. 84.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 26 juillet 1831, p. 101.

tumeur grosse comme une noisette située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Fluctuation manifeste. Ablation du kyste dans lequel on trouve de la matière mélicérique et des poils.

Observation XIV (1).

Homme, âgé de 20 ans, qui porte un kyste situé entre le cartilage thyroïde et la fourchette du sternum. Tumeur fluctuante, mobile sous la peau. Ponction et issue d'un pus crémeux, mêlé de quelques poils blancs. M. Giraldès extirpe la tumeur.

Observation XV.

Kyste dermoïde de la région hyoïdienne, par M. Panas,
(lue à la Société de chirurgie, séance du 29 avril 1874). (2).

Un jeune garçon de 20 ans présente une tumeur à la face antérieure du cou, dont le début remonte à deux mois.

Elle est du volume d'un œuf de pigeon, indolente, et n'adhère pas à la peau. Ponction, puis incision. Il sort du liquide séreux et on extrait des cheveux blonds avec des pinces. L'incision se ferme au bout de quinze jours environ. La tumeur se remplit de nouveau, et on rouvre la plaie pour en faire sortir le liquide. Injections de teinture d'iode. Le malade n'est pas guéri.

Observation XVI.

Kyste athéromateux profond du cou, par le docteur Alfred Bidder (3).

Thérèse Hauer, 25 ans. Tumeur du cou siégeant au-dessus du sternum, et remarquée pour la première fois à l'âge de 12 ans. A son niveau, la peau se laisse soulever facilement, et la tumeur est insensible à la palpation. Ponction et sortie d'une petite quantité de matière épaisse et jaunâtre, constituée par des amas d'épithélium et des détritux graisseux. Injections dans le kyste d'une solution d'acide phénique à 0,01; des masses caséuses jaunâtres s'échappèrent alors, et une fois le kyste vidé, on injecta 15 grammes de la solution de Lugol (iode) Guérison.

(1) *Bulletin de la Soc. anat.* mars 1847, p. 96.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 19 mai 1874, n° 57, p. 451.

(3) *Archiv. f. Klin, chir.* Voir Langenbeck 1876.

KYSTES DERMOIDES SUBLINGUAUX ET SUS-HYO-DIENS

Observation XVII.

(Bertherand, *Thèse de Strasbourg* 1845).

Jeune homme de 17 ans, porte depuis deux ans, une tumeur du plancher de la bouche ; elle siège à droite et a le volume d'un œuf de poule. Sicherer l'extirpe et y trouve une once et demie de matière homogène et athéromateuse, plutôt dure qu'élastique.

Observation XVIII.

(Rigaud, Bertherand, *thèse de Strasbourg* 1845).

Fille de 34 ans ; sous la langue à droite, tumeur oblongue, molle, incolore, presque fluctuante. Mastication et déglutition difficiles, voix altérée, l'incision fait sortir une substance inodore, d'un blanc jaunâtre, homogène, de la consistance du suif ramolli ; elle était soluble dans l'éther et l'eau de savon, injections de nitrate d'argent ; guérison.

Observation XIX.

(Syme, Bertherand, *thèse de Strasbourg* 1845).

Jeune fille de 24 ans ; tumeur, datant de l'enfance, faisant saillie, et dans la bouche et sous le menton. Après l'incision, on constate un kyste épais, de couleur jaune, renfermant une matière grisâtre, d'apparence lardacée, du volume d'un œuf de poule d'Inde.

Observation XX.

(Jourdain, *Maladies de la bouche*, Thèse II, p. 558).
citée par de Landeta).

Jeune homme de 22 ans ; début de la tumeur en 1755, opération en 1761, incision sur la tumeur depuis les incisives jusqu'au-delà du frein ; sortie d'une demi-livre d'humeur semblable à la substance du cerveau, avec cette différence qu'elle avait un peu moins de consistance.

Observation XXI.

(Jourdain, *Maladies de la bouche*, thèse II, p. 559),

Poirieu, 26 ans ; tumeur sublinguale, gênant la déglutition, faisant saillie au dehors ; incision, issue d'une grande quantité d'humeur de la nature du mélicéris.

Observation XXII.

(Linhard, *Gazette hebdomadaire*, 1857).

Fille de 21 ans ; depuis deux ans, apparition d'une tumeur sous la langue, qui faisait dans la région sus-hyoïdienne une saillie tendue et fluctuante. La tumeur occupait tout le plancher de la bouche ; sur la face supérieure, une petite saillie de deux lignes de longueur représentait la pointe de la langue. La muqueuse était mobile sur la tumeur ; fluctuation nette, salivation abondante, déglutition difficile.

Pas d'aspect bleuâtre. Conduits salivaires libres.

Par une incision courbe, on taille et dissèque un lambeau, puis, après une deuxième incision sur la ligne médiane, on aperçoit de chaque côté les cordes formées par les muscles génio-glosses ; on les divise transversalement sur la sonde cannelée ; avec le doigt et le manche du scalpel, on cherche à circonscrire la tumeur, mais vu son volume, il est impossible tout d'abord de l'extraire par la bouche.

Une ponction donne issue à de la sérosité jaunâtre, puis à une substance blanchâtre et athéromateuse ; la tumeur enlevée, on peut sentir l'os hyoïde. Pendant quelques jours gonflement et suppuration ; guérison en onze jours.

Observation XXIII.

(Warmont, *thèse de Paris* 1858).

Tumeur née au-dessous de la langue, chez un R. P. Théatin, du volume d'un œuf, s'étendant le long du cou en comprimant la trachée. La poche ayant été plusieurs fois vidée, et la tumeur continuant de récidiver, Pierre de Marchettis cautérise en dedans de la bouche et au cou le follicule avec le fer rouge. Suppuration et guérison en 40 jours.

Observation XXIV.

Linhard. (*Gaz hebdomadaire*, 1858).

Homme de 28 ans ; sur le plancher de la bouche, tumeur hémisphérique, indolente, d'une consistance pâteuse, offrant des dépressions sous la pression du doigt ; mastication et phonation gênées ; énucléation facile ; contenu des kystes sébacés avec nombreux poils courts et incolores.

Observation XXV.

E. Cruveilhier, (*Bull. Soc. Anat.*, 1861).

Lesueur, 63 ans ; dans la région sublinguale, sur la ligne médiane, tumeur arrondie, du volume d'une pomme de reinette, fluctuante

sans transparence et sans saillie à la région sus-hyoïdienne. Déglutition et phonation gênées, mort par tuberculisation pulmonaire.

A l'autopsie, on constate une tumeur située entre les génio-glosses et la base de la langue, dont la paroi a quatre millimètres d'épaisseur ; contenu sébacé.

Observation XXVI.

Denonvilliers et Verneuil ; *Thèse de Paris*, 1863, de Landeta.

Nisen, (Jacob) 28 ans. Tumeur congénitale, située sur la ligne médiane, du volume d'une petite orange, fluctuante, indolente, et résistante. Pas de saillie, à la région sus-hyoïdienne ; muqueuse buccale rosée, blanchâtre ; canaux de Warthon libres. Gêne de la phonation, de la mastication, de la déglutition et de la respiration ; incision ; issue d'une substance molle, blanc jaunâtre, de la consistance de la châtaigne cuite ; injection iodées ; récurrence 6 mois après. Opérée par M. Verneuil, extirpation ; adhérences fibreuses très résistantes situées au niveau de l'interstice des génio-hyoïdiens et se prolongeant jusqu'au niveau de l'os hyoïde.

La paroi est formée de deux tuniques, dont la surface interne présente un épithélium pavimenteux stratifié, et une quantité notable de poils follets. Contenu des kystes sébacés.

Observation XXVII.

(De Landeta, *thèse de Paris*, 1863.)

X... ; sous la langue, tumeur de la grosseur d'une petite noix, fluctuante, lisse, oblongue d'avant en arrière, arrondie, soulevant la langue et mettant obstacle à la succion. Application d'un séton ; quelques mois après nouveau séton plus volumineux. Deux mois plus tard incision de la paroi et cautérisation. Malgré ce traitement récurrence non opérée.

Observation XXVIII.

(Gallard, *Bull. Soc. anat.*, 1865.)

Fille de 20 ans. Tumeur, reconnue à 12 ans, sous la langue, élastique, donnant la sensation de fausse fluctuation, conservant l'empreinte du doigt, faisant saillie à la région sus-hyoïdienne. Reflet grisâtre de la muqueuse buccale. Phonation et déglutition gênées. Incision et cautérisation. Contenu des kystes sébacés.

Observation XXIX.

(Paquet, *Archiv. génér. de Med.*, vol. II, 1867.)

Ch...., (Louise), 17 ans ; début remontant à cinq ans ; sous la langue, à gauche, tumeur du volume d'un œuf de dinde, fluctuante,

indolente, faisant fortement saillie à la région sus-hyoïdienne ; pas de transparence, pas d'empreinte persistante ; muqueuse buccale rosée, bleuâtre, sillonnée de veines turgescents ; conduits de Warthon libres. Gêne de la phonation, de la mastication et de la déglutition. Incision au dessus du bord du maxillaire. Enucléation facile à travers le muscle mylo-hyoïdien. Contenu des kystes sébacés. Pas de poils, pas de glandes dans le paroi formée de deux couches.

Observation XXX.

(Professeur Verneuil, *Bull. Soc. anat.*, mars 1872.)

Fille de 18 ans. Début inconnu. Tumeur indolente, sans transparence, du volume d'un œuf de poule, faisant saillie dans la bouche sur la ligne médiane et sous la mâchoire. Pas de gêne de la parole ; ni de la mastication. Enucléation facile, sauf au niveau d'adhérences à la partie antérieure de l'os hyoïde. Le contenu est un mélange de cellules pavimenteuses et d'épithélium sébacé.

Observation XXXI.

(Gueterbock. *Arch., fur Klin, Chir, Fasc, 4*, p. 985, 1878.

Homme de 26 ans. Tumeur datant d'un an, troublant la phonation, la mastication, la respiration et la déglutition.

Sous la langue, à gauche, au-dessous de la muqueuse rouge, inégale, épaissie, tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule, indolente, se prolongeant jusqu'aux dernières dents molaires et latéralement au-delà de l'angle de la mâchoire. Enucléation facile, malgré les adhérences à l'os hyoïde. Contenu formé par un liquide épais avec cheveux crépus. Drainage de la plaie, guérison.

Observation XXXII.

(Barbès, *thèse de Paris* 1879.)

Gallard (Louise), âgée de 14 ans ; tumeur datant de 7 mois, située sur la ligne médiane, de la grosseur d'une petite pomme, et présentant une apparence bleuâtre, sans transparence. Fluctuation nette ; pas d'empreinte persistante ; saillie dans la bouche et dans la mâchoire ; canaux de Warthon libres. Aucune gêne de la mastication, ni de la prononciation.

Opération le 10 décembre. Incision et cautérisation ;

Contenu des kystes sébacés ordinaires. Le 11 décembre, nouvelle cautérisation ; réaction inflammatoire assez vive et suppuration. Le 24 décembre, il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux.

Observation XXXIII.

(Barbès, *thèse de Paris* 1879).

Femme de 28 ans : sur la moitié droite du plancher de la bouche, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, faisant saillie dans la bouche et sous la mâchoire ; incision par M. le professeur Richet ; le contenu est une matière grisâtre, épaisse, formée de granulations graisseuses, de paillettes de cholestérine, de plaques épithéliales et d'un bouquet de poils.

Observation XXXIV.

(Meunier, interne des hôpitaux, *Soc. anatomique*, 18 févr. 1881).

L. Pierre, âgé de 52 ans. Il portait depuis sa naissance, au niveau du plancher de la bouche, une tumeur qui n'avait jamais déterminé d'autres troubles qu'une modification dans le timbre de la voix. Elle occupait la ligne médiane, en arrière du maxillaire inférieur, au-dessous de la langue, au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, entre les génio-glosses, que l'on voyait glisser sur les côtés de la tumeur, en formant, pour ainsi dire, une double sangle.

La langue mobile en tous sens était soulevée au niveau des dents ; elle faisait saillir la tumeur en haut et en avant. La muqueuse n'adhérait que par un tissu lâche, elle n'avait point l'aspect blanchâtre, à fond opaque des grenouillettes ; ni la teinte jaunâtre de certaines tumeurs graisseuses. La tumeur présentait le volume d'une grosse mandarine ; elle était lisse, molle, arrondie, fluctuante, toujours indolente. La pression du doigt ne laissait aucune empreinte. Extirpation suivie les jours suivants de gargarismes à l'eau de menthe. Guérison, 18 jours après.

Contenu du kyste : lames de cholestérine, cristaux acidulés d'acides gras, cellules épithéliales altérées.

Structure des parois : trois couches dont l'une, interne, est épithéliale et les deux autres, fibreuses. Les vaisseaux sont très abondants dans la paroi externe.

Observation XXXV.

(Nicaise, *Bull. Soc. de chirurgie*, juin 1881).

Fille de 3 ans. Tumeur du volume d'une noisette, située sous la langue, à gauche de la ligne médiane ; la minceur des parois laissait voir la coloration jaunâtre de son contenu.

Dissection facile, sauf au niveau du raphé, où elle se continuait avec un cordon très-dur, résistant, rigide, qui allait s'insérer sur la face postérieure du maxillaire, au milieu des apophyses geni. Ce cordon de consistance fibro-cartilagineuse, était creusé d'un étroit canal, qui contenait de même que le kyste, une matière grasse, de couleur gris jaunâtre. Ce canalicule était probablement la partie sécrétante. Guérison.

Observation XXXVI.

(Combalat, *Bull. Soc. de chirurgie*, juin 1881).

Homme de 35 ans, portant depuis sa naissance une tumeur de la grosseur d'une petite cerise, située sur la ligne médiane et en arrière des incisives du maxillaire inférieur. Depuis plusieurs années, accroissement notable et gêne de la mastication, de la déglutition et de la phonation.

Actuellement, elle occupe tout le plancher de la bouche, refoulant la pointe de la langue en arrière et ne formant qu'une très légère saillie à la région sus-hyoidienne.

La muqueuse est pâle, sèche, rugueuse, parcheminée ; au toucher, la tumeur est molle, non élastique, de consistance pâteuse, donnant une fluctuation vague, et ne présentant pas d'empreinte persistante. L'opération a lieu facilement par la bouche, bien que la tumeur se soit vidée par l'orifice de la ponction ; on constate qu'elle s'était développée entre les génio-glaives et adhérait au maxillaire. L'examen histologique démontre la présence de cellules épidermiques, et de poils follets dans la substance granuleuse qui forme le contenu.

Observation XXXVII.

(Ozenne, interne des hôpitaux. *Archives générales de médecine*, mars 1883).

Kyste dermoïde sublingual contenant des poils. — Extirpation. — Guérison. — Marthe H..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Gosselin. Peu après sa naissance, on remarqua la présence d'une petite tumeur sous la langue ; une ponction fut faite sans résultat. Depuis, la tumeur n'a fait que s'accroître.

Etat actuel. — Tumeur du volume d'un œuf au-dessous de la langue, située sur la ligne médiane, et s'avancant en avant jusqu'au rebord alvéolo-dentaire, qui n'est pas déformé. La tumeur n'est pas transparente, elle est lisse, arrondie, mollassée et indolente. Gêne des mouvements de la langue ; on diagnostique un kyste dermoïde.

Opération. — Extirpation suivie d'une réaction inflammatoire assez vive. Guérison 25 jours après l'opération.

Examen de la tumeur. Le contenu est une matière sébacée, mélangée à un certain nombre de poils.

La membrane kystique offre une épaisseur d'un millimètre ; par sa face extérieure, cette membrane adhère aux tissus voisins dont il est cependant facile de la distinguer.

La paroi du kyste est formée de trois couches rendues visibles par le picro-carminé d'ammoniaque, qui les colore différemment.

La première couche est formée par des cellules épithéliales (épithélium parimentaux stratifié) ; cette couche correspond à la portion cornée de l'épiderme normal.

La seconde couche est composée de cellules polygonales, et correspond à la couche de Malpighi. Elle présente des prolongements pédiculés et renflés en massue, qui sont eux-mêmes formés par des cellules épithéliales, polygonales au centre, aplaties à la périphérie.

La troisième couche est du tissu dermique ; on y voit de nombreuses fibres de tissu conjonctif et élastique entremêlées.

En résumé, il ne manque à la paroi du kyste pour être un derme parfait que la présence de papilles.

OBSERVATIONS POSTÉRIEURES AU TRAVAIL DE M. CUSSET.

Observation XXXVIII.

(Recueillie par E. Gironde, interne des hôpitaux de Lyon (1).

Xavier L..., né à Satillieu (Ardèche) exerçant la profession de domestique, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Marthe, le 27 février 1879. Il est âgé de 23 ans, d'apparence robuste ; il n'a jamais été malade. Rien du côté de l'hérédité. Il vient à l'hôpital pour se faire débarrasser d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix ; lisse, molle, fluctuante, elle est située à la partie médiane et antérieure du cou, un peu au dessus du cartilage thyroïde. C'est à l'âge de onze ans seulement qu'il se reconnut porteur de cette petite tumeur qui avait alors le volume d'une noisette. Il n'en était nullement incommodé, et elle a grossi peu à peu sans amener de troubles ni de gêne d'aucune sorte. Cependant il nous raconte que pendant environ deux ans, à peu près à l'époque où il s'est aperçu de cette tumeur, il salivait beaucoup et avait à chaque instant besoin de cracher.

En 1877, il y a par conséquent deux ans, comme il lui était désagréable de garder cette tumeur qui avait déjà acquis le volume d'une noix, il alla consulter un médecin qui lui fit séance tenante, une ponction avec un trocart de la grosseur d'un porte-plume. Rien ne s'écoula par la canule de l'instrument ; ce n'est qu'après l'avoir retirée et par expression qu'il fit sortir une substance jaunâtre épaisse, s'écrasant sous le doigt. Le malade (dont les souvenirs ne sont pas très précis) croit que cette substance avait à peu près la consistance de la confiture, mais une chose qu'il se rappelle très bien et qui l'étonna beaucoup, c'est qu'il sortit en même temps un poil de trois à quatre centimètres de longueur. Après expression complète de la tumeur, on lui fit une injection de vin sucré. Six mois après, le

(1) *Lyon médical*, 17 août 1879.

kyste avait repris son volume primitif, et une nouvelle ponction donna issue à un liquide de même nature, que lors de la première opération. Cette fois on lui fit une injection avec de la teinture d'iode.

Pendant quelque temps, le malade se crut guéri, mais peu à peu la tumeur grossit de nouveau, et, un an après, il n'était pas plus avancé qu'avant son opération. Actuellement nous trouvons une tumeur lisse, molle, fluctuante, de la grosseur d'une noix, sous-cutanée, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, immédiatement au-dessus de l'échancrure médiane de ce cartilage. Au dire du malade, elle n'a jamais été plus volumineuse, elle avait seulement un peu plus de consistance avant la première ponction. La peau n'est nullement altérée et glisse facilement au-dessus; on voit sur la ligne médiane une petite cicatrice, trace des anciennes ponctions; de cette cicatrice et allant à la tumeur part un petit cordon dur. Cette tumeur est à peu près arrondie, peut-être un peu plus longue dans le sens vertical; elle recouvre la face antérieure du corps de l'os hyoïde et descend jusqu'au cartilage thyroïde, mais sans avoir avec lui aucune connexion; elle est pédiculée, mais il est assez difficile de préciser exactement son point d'implantation; tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle paraît complètement indépendante du cartilage et avoir son point d'implantation sur la partie antéro-inférieure du corps de l'os hyoïde.

Le malade n'a jamais toussé, il n'a jamais eu d'enrouement, et l'examen laryngoscopique ne fait rien découvrir.

On porte le diagnostic du kyste congénital, et le 15 mars, après avoir préalablement endormi le malade, on procède à l'opération. La dissection est laborieuse, la tumeur est très adhérente aux parties voisines, surtout près de la base qui vient s'implanter sur l'os hyoïde; les connexions vasculaires sont peu considérables et la poche est enlevée sans avoir été ouverte. Les deux lèvres de la plaie sont réunies à l'aide d'épingles et d'une suture entortillée. On ménage seulement à la partie déclive une petite ouverture pour placer un petit drain de caoutchouc. Pansement phéniqué.

Le kyste incisé donne issue à une matière blanchâtre, crémeuse, contenant des poils nombreux, et qui se dissout quand on ajoute quelques gouttes d'ammoniaque.

La poche présente en quelque sorte deux parois accolées; une externe plus épaisse, dure, résistante, et une interne peu adhérente à la précédente, elle est plus mince, d'un blanc mat, et offre de légères stries analogues à celles qu'on observe sur une peau macérée; on trouve encore sur cette membrane interne et assez solidement implantés un grand nombre de poils blonds, fins, et dont quelques-uns ont jusqu'à quatre centimètres de longueur.

Les suites de l'opération ont été très simples. Les épingles ont été enlevées le lendemain et il y avait une réunion immédiate de la peau. Pendant une huitaine de jours il s'écoula par le drain un peu de liquide séro-purulent. Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu le 31 mars complètement guéri.

Examen histologique. — Les parois de la poche durcies dans l'acool, l'acide picrique, et de nouveau l'alcool, suivent la méthode classique, après avoir été étalées et fixées par des épingles sur une lame de liège pour éviter la rétraction, ont été soumises à des coupes régulières dirigées perpendiculairement à la surface.

Ces coupes colorées au picro-carmin et moulées dans la glycérine, nous permettent de distinguer les détails de structure suivants : la trame est essentiellement constituée par du tissu fibreux du derme mais s'en distinguant cependant, par une condensation plus grande des faisceaux et par une vascularisation plus accusée. Il est à remarquer que la partie superficielle de cette trame fibreuse dans le point où elle correspond au revêtement épithélial dont il sera question dans un instant, ne présente aucune papille. La surface est absolument plane, et nulle part on ne rencontre de bourgeons papillaires. Ce fait mérite d'être signalé, car on sait que chez le fœtus, jusqu'au sixième mois environ de la vie intra-utérine, le derme se termine par une surface totalement plane, les papilles n'apparaissent que plus tard. Il semble donc dans ce cas, que la paroi du kyste fournie aux dépens d'une portion de peau, invaginée pour ainsi dire au milieu des tissus, est restée jusqu'à cette époque et chez cet adulte avec les caractères mêmes de la peau fœtale.

L'épithélium de revêtement beaucoup moins développé que sur la peau normale ne peut être distingué en ses différentes zones fondamentales. Il possède, de la façon la plus nette, la couche de cellules génératrices, et une partie du stratum de Malpighi, mais sans qu'il soit cependant possible de distinguer les cellules dites crénelées. La couche granuleuse fait défaut, et l'on voit immédiatement au dessus du stratum de Malpighi, une mince couche cornée tout à fait élémentaire dont les cellules constituent une mince couche, qui pouvait aisément être détachée. La destruction incessante de ces cellules donnait lieu au produit accumulé dans l'intérieur de la cavité du kyste, et celui-ci examiné au microscope, a montré que ces débris cellulaires avaient les formes les plus variables. En un point nous avons aperçu une glande sébacée, pas de glandes sudoripares.

Les vaisseaux très développés dans tout le derme de la paroi du kyste, forment immédiatement au dessous du revêtement épidermique une zone vasculaire très riche et dont les canaux ont un calibre volumineux. Cette vascularisation, que j'ai retrouvée dans tous les kyste dermoïdes que j'ai eu entre les mains, explique comment à la suite de la malaxation prolongée il peut se faire qu'une rupture vasculaire ait lieu et que le contenu du kyste devienne sanguinolent. Elle explique ainsi les hémorrhagies, parfois abondantes, consécutives à l'opération ou survenant pendant cette opération elle-même.

En résumé, il s'agit d'un kyste dermoïde caractérisé par un revêtement épidermique de la paroi.

Contrairement à ce qui a été reconnu par des histologistes dans des cas semblables de kyste congénitaux du cou, il n'existait nulle part ni épithélium cylindrique à plateau, ni épithélium cilié, ni

épithélium caliciforme. Ce revêtement est véritablement épidermique, et dans ses caractères, modifiés un peu il est vrai, on reconnaît nettement son analogie avec celui de la peau.

Observation XXXIX.

(*Deutsch Zeitschrift für Chirurgie*, 1880. Tome XIII. p. 391.)

Lievin et Falkson rendent compte d'un cas de Kyste du cou, observé à la clinique du professeur Schoenborn à l'université de Königsberg.

Une jeune fille de 16 ans présente un kyste du cou, qui a eu son point de départ dans une fente branchiale. Ce kyste présente la forme d'une bouteille. Masqué en partie par la branche montante du maxillaire inférieur, il s'étend du conduit auditif externe jusque près de la partie latérale du cartilage cricoïde : La tumeur fut extirpée, et la guérison se fit par première intention.

Le contenu du Kyste est formé d'une bouillie. L'examen microscopique fait par Baumgarten, a démontré que la paroi de la partie dilatée du kyste était formée par du tissu conjonctif non recouvert d'épithélium et dont la surface interne était infiltrée d'éléments cellulaires et recouvert par ci par là de petits amas de graisse renfermant quelques poils. La surface interne de la partie rétrécie présente une structure dermoïde complète.

Les auteurs ajoutent que bien qu'on n'ait pas constaté de couches épithéliales à la surface interne du kyste ; d'après la situation, la forme et la structure de la tumeur ils concluent à un kyste branchial.

Observation XL.

Cystis athéromatosa præhyoidea submuscularis (*Archives de Virchow*, tome 81, p. 442.)

Ce fait a été observé sur le cadavre d'un jeune homme âgé de 20 ans, le 11 mars 1880.

Dans la région hyo-maxillaire et à la partie antérieure du triangle hyo-maxillaire gauche se trouve une tumeur ovalaire qui sur la ligne médiane s'étend du menton jusqu'à l'os hyoïde, dont l'extrémité droite est séparée de la branche maxillaire inférieure par un intervalle assez profond commençant à l'éminence mentonnière, tandis que l'extrémité gauche atteint la branche gauche du maxillaire. La tumeur est recouverte d'une peau saine et a une largeur de 6 centimètres, une hauteur de 5 centimètres. Elle ne fait aucune saillie sur le plancher de la bouche ; elle n'est pas accessible au doigt sur les côtés et sous la langue. La peau ayant été enlevée, je trouvai les ventres antérieurs des deux muscles digastriques très bombés ; je les incisai sur le milieu et les inclinai à droite et à gauche. Le muscle mylo-hyoïdien m'apparut alors très tendu et sa ligne médiane séparait la tumeur en deux parties inégales, dont le plus gros lobe

était à gauche. La tumeur ayant été parfaitement isolée des parties avoisinantes, je trouvai qu'elle formait réellement un sac qui à droite s'était glissé entre le génio-hyoïdien et le génio-glosse.

Après l'incision des génio-hyoïdiens, je trouvai le sac sous le muscle génio-glosse au devant de l'os hyoïde, s'étendant à droite jusqu'à l'extrémité antérieure de la glande sublinguale, et à gauche, sur une plus grande étendue, sous la glande du même nom, le conduit de Warton, et les nerfs lingual et hypoglosse. Les deux artères sublinguales naissent anormalement de l'artère sous-mentale et traversent les muscles mylo-hyoïdiens au voisinage du maxillaire. Le sac est d'une couleur blanc-mat frappante, ovalaire, à grosse extrémité située à gauche. Il n'est pas complètement distendu et présente à sa paroi supérieure et plus près du pôle droit que du pôle gauche, une échancrure. Sur l'extrémité droite seule, vient se ramifier une petite artère naissant de l'artère linguale droite. La petite artère a un diamètre d'un millimètre et demi à son origine. A cette artériole est suspendue la tumeur comme une fraise à sa tige. Le sac a un grand diamètre de 5 centimètres 1/2 et une hauteur verticale de 3 centimètres 1/2. Un tissu très lâche l'unit aux parties voisines, et on peut facilement l'extirper même sans le secours du couteau. Le sac lui-même est constitué par une forte membrane d'enveloppe et le contenu formé par des masses granuleuses et une petite quantité de liquide. Les masses renferment des cellules épithéliales gonflées d'une forme ovalaire, ayant l'apparence et le volume de cellules graisseuses.

La partie liquide est séreuse et très claire.

Observation XXXXI.

(Inédite.)

(Communiquée par M. le professeur Gross).

Mademoiselle V... vint me consulter en décembre 1881 pour une tumeur développée sur la ligne médiane à la région sus-hyoïdienne. Au dire des parents, le début de cette tumeur remonterait à la première enfance. Depuis cette époque, la grosseur a augmenté progressivement. Cependant, elle n'a donné lieu à aucun accident sérieux, tel que douleur ou inflammation.

A l'examen de la malade, on constate que la tumeur fait saillie sur la ligne médiane du cou au-dessus de l'os hyoïde. D'une forme arrondie, elle présente la grosseur d'une petite pomme. La palpation fait reconnaître sa mobilité et l'absence d'adhérence dans la profondeur. Sa consistance est élastique; pas de fluctuation et aucune saillie dans le plancher buccal. Le diagnostic porté est celui du kyste congénital très probablement dermoïde. L'extirpation est pratiquée le 16 décembre. Une incision est faite sur la ligne médiane et on pratique l'énucléation de la tumeur. La membrane kystique se

rompt pendant l'opération, ce qui augmente les difficultés de celle-ci. On enlève successivement le contenu de la tumeur et ses parois. A la face profonde, existait un prolongement entre les génio-hyoïdiens.

Un drain est placé à l'angle inférieur de la plaie dont la réunion ne se fait que partiellement. Suppuration à la profondeur du foyer opératoire. Guérison à la fin du mois.

L'examen de la tumeur confirme le diagnostic de kyste dermoïde. Ses parois sont très minces, et assez vasculaires. Le contenu est formé par une matière sébacée, renfermant de petits poils.

Observation XXXXII.

(Inédite.)

(Recueillie par M. Dommartin, interne, dans le service de M. le professeur Gross, à l'hôpital Saint-Léon).

Madame X..., âgée de 30 ans, jardinière, entre à l'hôpital le 3 mars 1883. D'un tempérament robuste, cette femme, mère de trois enfants, n'a jamais été malade, et ne présente aucun antécédent morbide, ni héréditaire, ni personnel. Elle n'a jamais eu aucune affection inflammatoire du côté de la face; quelques dents malades seulement. Il y a une dizaine d'années, elle s'aperçut qu'elle avait une petite grosseur sous la mâchoire du côté gauche. Cette grosseur dont elle avait ignoré l'existence jusqu'à cette époque, et qui ne l'avait gênée en aucune façon, augmenta peu à peu de volume, et atteint aujourd'hui la grosseur d'une petite pomme. Elle a la forme d'une ovoïde, à grand diamètre, parallèle au bord inférieur du maxillaire inférieur. Elle ne présente aucune bosselure; elle est régulière, indolente, d'une consistance élastique, donnant la sensation d'une fausse fluctuation. La peau qui la recouvre est saine et ne présente aucune dilatation veineuse, aucune adhérence; la tumeur semble située au-dessous de l'aponévrose; elle est mobile sur les parties profondes. Ni tuméfaction, ni œdème périphérique. La tumeur ne fait pas saillie dans le plancher buccal. Dans la région carotidienne, le long des vaisseaux, on sent deux petits ganglions.

Jamais la malade n'a éprouvé aucun trouble fonctionnel, ni du côté de l'appareil digestif, ni du côté des appareils de la respiration et de la circulation. Une ponction exploratrice avec le trocart capillaire faite le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, ne donne pas de liquide.

5 mars. — La malade étant endormie, M. Gross fait une incision linéaire de cinq à six centimètres dans la région sous-maxillaire, et dans le sens du grand diamètre de la tumeur, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous cutané. La tumeur est mise facilement à découvert.

Sa paroi est très mince, et pendant qu'avec le manche du bistouri l'opérateur cherche à l'énucléer, elle se crève en deux endroits de sa face antérieure, et donne issue à une masse caséeuse, blanchâtre.

L'énucléation est facile. La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée, puis réunie par cinq points de suture métallique. Un petit tube à drainage est introduit dans le foyer opératoire entre deux sutures.

Pansement : Compresse de gaze phéniquée ; coton salicylé ; bandage légèrement compressif.

6 mars. — La réunion est opérée partout, excepté au niveau du drain. Le pansement est renouvelé parce qu'il s'était relâché.

7 mars. — La malade ressent un peu de douleur. Ecoulement d'une certaine quantité de liquide séro-purulent.

8 mars. — Rougeur légère sur le pourtour de la plaie. Suppuration légère dans le foyer opératoire.

10 mars. — Le tube est enlevé, rétention d'un peu de pus ; quelques douleurs, le tube à drainage est de nouveau appliqué.

12 mars. — Le tube est enlevé.

15 mars. — Réunion définitive des lèvres de la plaie. Guérison.

Examen microscopique de la tumeur. La matière caséuse contenue dans le kyste, est formée par des cellules épithéliales et leur détritüs caséeux. On ne découvre pas de poils. La paroi est blanche et très mince. Examinée de suite après l'opération, on constate à sa surface un épithélium pavimenteux stratifié. Voici le résultat de l'examen de la membrane kystique fait après huit jours de séjour dans de l'acide chronique et de l'alcool. On trouve successivement de dedans en dehors trois couches de cellules dont les plus internes sont aplaties, les moyennes arrondies ou polygonales, les plus externes ont une forme allongée. Plus en dehors, on distingue une couche de tissu conjonctif, très lâche et très riche en vaisseaux plus ou moins gros. Au milieu de cette couche, on distingue bien nettement des cristaux de margarine. En un mot, structure analogue à celle de la peau.

PATHOGÉNIE

S'il est un problème, en médecine, difficile à résoudre, c'est sans contredit celui de l'origine des kystes dermoïdes. Que de théories ont été émises à ce sujet, que d'hypothèses ont été faites pour expliquer le véritable mode de développement de ces tumeurs ! Comment ne pas s'étonner, en effet, de la présence de tant d'éléments dissemblables, tels que dents, poils, matière sebacée, os, etc., contenus dans une même cavité ? Nous avouons que la première fois qu'il nous a été donné d'examiner une de ces tumeurs, notre surprise a été grande, aussi comprenons-nous fort bien que ceux qui ont eu l'occasion d'observer les premiers, ce genre d'affection, aient vu là un effet surnaturel, l'action d'un maléfice. Toutes les interprétations données sur la formation des kystes en général ne peuvent s'appliquer aux kystes du cou ; la pathogénie de ces derniers devant seule nous occuper, nous laisserons de côté certaines théories, qui ne se rapportent pas directement à notre sujet. Pendant longtemps la confusion de ces tumeurs avec les autres variétés de kystes observés au cou, a rendu obscure l'étude de cette question qui est loin d'être élucidée d'une façon parfaite.

On sait que les kystes dermoïdes comme les autres kystes peuvent contracter des adhérences plus ou moins fortes avec les diverses parties qui les entourent, d'autre part il existe au cou un certain nombre de néoplasmes formés aux dépens des organes voisins ; il n'est donc pas étonnant que ceux-ci aient

été considérés par un grand nombre d'observateurs consciencieux comme étant le point de départ des tumeurs qui nous occupent.

Boyer assignait comme siège de ces tumeurs la glande sous-maxillaire, Vidal la bourse muqueuse hyo-thyroïdienne. D'autres auteurs comme Fleury et Marchessaux pensaient que leur point de départ pouvait se trouver soit dans le corps thyroïde lui-même, soit dans le tissu cellulaire de la région. Cloquet, Richard, Lebert, Nélaton et Muron ont affirmé que les kystes du cou étaient formés aux dépens des ganglions lymphatiques. Luschka et Arnold ont rattaché le développement des kystes congénitaux au ganglion intercarotidien. L'origine vasculaire de ces tumeurs est invoquée par Coste, Lawrence, Roch. Pour Langenbeck, la gaine des vaisseaux constitue la paroi des kystes du cou.

Toutes ces opinions peuvent reposer sur certains faits observés avec soin, mais elles disparaissent bientôt devant les nombreuses et importantes objections qui peuvent leur être adressées. Ne sont-elles pas incapables d'expliquer à la fois la congénitalité, l'analogie de structure et le siège constant des kystes dermoïdes ?

On peut faire le même reproche à la théorie de l'inclusion foetale qui soutenue, par un grand nombre d'adhérents, a été battue en brèche par Broca (1).

Développer cette théorie savamment exposée par Geoffroy Saint-Hilaire (2), nous paraît chose inutile ; qu'il nous suffise de rappeler la définition donnée par cet auteur : « L'inclusion foetale est une monstruosité caractérisée par la greffe d'un

(1) Broca. *Traité des tumeurs*, tome 2,

(2) Geoffroy-Saint-Hilaire. *Histoire des Anomalies*.

individu très petit, très imparfait et parasite sur un individu plus grand, bien conformé dans la plupart de ses organes et autosite ».

Il est certain, que l'existence de l'inclusion fœtale est établie par un grand nombre de faits dont l'authenticité n'est pas douteuse, et M. Verneuil (1) lui-même, ne se refuse pas à l'admettre pour expliquer certaines tumeurs qui se développent dans la région sacrée et périnéale. Mais peut-on comparer les kystes du cou qui ne renferment que des poils, de la matière sébacée, et d'autres produits analogues sécrétés par la peau, à ces vastes cavités dans lesquelles on a constaté des membres de fœtus plus ou moins développés (2).

La loi de Lebert (3), connue sous le nom de loi de l'hétérotopie plastique et combattue par Verneuil et Broca, n'est plus admise de nos jours. On sait qu'elle a été formulée ainsi : « Beaucoup de tissus, simples ou composés, ou des organes plus complexes même, peuvent se former de toutes pièces dans des endroits du corps ou à l'état normal, on ne les rencontre point ». L'épiderme, les poils, les dents, les tissus adipeux, fibreux, fibro plastiques, cartilagineux, glandulaires sont dans ce cas, et c'est surtout sous forme de kystes dermoïdes, devenant alors des productions hétérotopiques, que sont disposés ces éléments qui jusqu'à Lebert, étaient considérés comme des débris de fœtus inclus.

M. Cusset (4), auquel nous avons dû emprunter plusieurs passages pour mener à bonne fin cette étude si difficile, a réfuté cette théorie de la façon suivante, dans son excellente

(1) Verneuil. *Archives générale de médecine*, 1855, t. VI, p. 24, 191, 299.

(2) Gegg Markheim. *De l'inclusion fœtale*. Thèse de Paris, 1872.

(3) *Mémoires de la Société de biologie*, 1852, p. 203.

(4) Cusset. *Thèse de Paris*, 1877.

dissertation inaugurale : « Dire que des tissus aussi complexes, que la peau et une muqueuse naissent spontanément dans une région, ce n'est pas dire pourquoi ils y naissent. La loi de Lebert, en expliquant une chose déjà obscure par une chose plus obscure encore, n'est bonne qu'à cacher notre ignorance; tout au plus peut-on l'admettre pour certains kystes dermoïdes d'autres régions du corps, en attendant une meilleure explication, mais nous la rejetons complètement pour les kystes de la face et du cou, dont il est toujours possible de rattacher l'origine à un trouble survenu pendant la période embryonnaire ».

Grâce à son éminent défenseur, la théorie de Lebert a longtemps régné dans la science. Mais n'est-elle pas plutôt la constatation d'un fait que l'explication de ce problème si important de tératogénie ? La loi de l'hétérotopie plastique ne nous apprend pas la cause qui préside au développement des kystes dermoïdes, et le principal reproche qu'on puisse lui faire, c'est de laisser de côté ce qu'il importe avant tout de connaître.

L'insuffisance de cette théorie devait susciter de nouvelles recherches. C'est à M. Verneuil que revient l'honneur d'avoir donné le premier en France la véritable explication du développement des kystes dermoïdes pour ceux de la queue du sourcil et du plancher de la bouche. En Allemagne, Virchow-Remach, puis Roser et Heusinger, ont admis aussi la théorie branchiale que nous allons exposer.

Mais pour comprendre cette théorie, nous croyons utile de décrire brièvement l'appareil branchial qui existe chez tous les vertébrés et aux dépens duquel se forment la face et le cou. Permanent chez les poissons, cet appareil est transitoire chez l'homme et les mammifères et disparaît dès la fin du deuxième mois de la vie intra-utérine. Il est constitué par

une double série d'arcs ou languettes minces et parallèles au nombre de quatre, interceptant des fentes appelées fentes branchiales.

La première fente branchiale correspond à l'orbite, et sépare le bourgeon maxillaire et le bourgeon frontal qui viennent à la rencontre l'un de l'autre et se fusionnent. L'extrémité externe du sourcil et de l'orbite correspond à la partie la plus reculée de cette fente. La seconde fente branchiale se trouve placée au-dessous du bourgeon maxillaire, c'est-à-dire immédiatement au-dessous de la machoire inférieure. La troisième est située au-dessous de l'os hyoïde. La quatrième fente enfin répond à peu près au niveau de la membrane crico-thyroïdienne.

D'après Kœlliker (1), les arcs branchiaux nés dans le feuillet moyen, sont composés d'une partie centrale blastématique et entourés d'un revêtement épithélial, lequel est pavimenteux sur leur face externe, cylindrique ou prismatique cilié sur leur face interne. Les bords des fentes sont tapissés par ce même revêtement épithélial.

Pour que la soudure se fasse, le revêtement doit disparaître. Que pour une raison inconnue, l'épithélium ne se résorbe pas, l'occlusion de la fente se fera incomplètement et il en résultera un trajet anormal doublé d'une membrane épidermoïdale ou muqueuse. Que d'autre part la fusion, au lieu de se faire jusqu'au fond de la scissure, ne se fasse que sur ses bords, il se formera une petite poche, dont les deux parois avec leur tunique épithéliale resteront indépendantes.

Pour M. Verneuil, les kystes dermoïdes de la face et du cou auraient pour point de départ une portion du petit repli cutané qui tapisse les bords d'une des fentes branchiales, dans

(1) Kœlliker. *Entwicklung, des Menschen, etc.* Leipzig, 1876.

le cas où, au lieu de se fusionner entièrement, les deux bords de cette fente ne se fusionneraient qu'en partie, laissant entre eux un petit sac de peau.

C'est par le même mécanisme que M. Broca explique les kystes de l'angle interne de l'orbite.

M. Cusset a montré que l'oblitération vicieuse d'une fente branchiale peut se faire de trois façons ; d'où résultent trois variétés de kystes congénitaux.

Si l'inclusion se fait aux dépens du tégument externe, on aura un kyste dermoïde proprement dit, renfermant de la matière sébacée, des cellules épidermiques, des poils, etc. Si l'inclusion se fait au contraire dans la profondeur, aux dépens du tégument interne, le kyste aura une paroi muqueuse, comme les kystes du plancher de la bouche ou les kystes profonds du cou. Enfin, la marge interne et la marge externe de la fente peuvent se souder, laisser persister au milieu de toute la longueur de la fente, du tissu épithélial non résorbé, de là les kystes canaliculés, sur lesquels Larrey a le premier attiré l'attention.

Les tumeurs qui nous occupent ont été désignées sous les noms de kystes dermoïdes, kystes athéromateux profonds, kystes hétérotopiques et mieux kystes branchiaux. Cette dernière dénomination qui est en rapport avec leur siège au niveau des fentes branchiales, rappelle en même temps que leur début remonte à la vie intra-utérine.

Quelle est la part de chacun des feuillets blastodermiques dans la formation des kystes du cou ? Les nouvelles recherches embryogéniques ont montré que l'épithélium de la bouche et du pharynx ne dérive pas du feuillet interne comme l'avaient pensé certains anatomistes, mais bien du feuillet externe et moyen. On sait en effet que les arcs branchiaux dérivent du feuillet moyen du blastoderme et le derme de ses

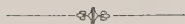
couches les plus superficielles (mésoderme, mésoblaste) (Morel, *Traité d'histologie humaine*, p. 356.

Il reste à nous demander si tous les kystes dermoïdes du cou, sont des kystes branchiaux, en d'autres termes, s'il n'est pas possible de rencontrer ces tumeurs ailleurs qu'au niveau des fentes branchiales. Pour tous les kystes dont nous donnons les observations, le doute n'est pas permis et leur siège est le meilleur argument qu'on puisse invoquer en faveur de la théorie branchiale. Cependant nous trouvons dans un journal de médecine allemand, intitulé : *Deutsche Chirurgie* (livraison 36, année 1882. p. 77 et 78, Stuttgart), le passage suivant que nous croyons devoir traduire presque mot à mot, afin d'éviter toute confusion dans les termes : « On trouve dans les parties molles du cou des débris épithéliaux disposés soit d'une façon irrégulière, soit d'une façon régulière ou typique. A la première disposition, appartiennent les kystes dermoïdes qui peuvent prendre naissance sur toutes les parties du cou, et à la seconde, les kystes séreux et les athéromes profonds. » Et plus loin : « les restes épithéliaux peuvent correspondre aux fentes branchiales et à leur ligne de réunion ou provenir d'une aberration de formation des lobules du corps thyroïde (Schilddrüsenläppchen).

Nous ne voulons pas affirmer que tous les kystes dermoïdes du cou soit des kystes branchiaux. Cependant les faits relatés dans notre travail, nous permettent de conclure que ces derniers sont les plus fréquents. Les tumeurs formées aux dépens des lobules du corps thyroïde, dont parle l'auteur allemand, ont des parois qui ne présentent aucune analogie, soit avec la peau, soit avec une muqueuse. Pour nous, sans preuve anatomique, ces néoplasmes rappellent par leur structure celle des kystes en général.

En résumé, c'est dans un vice de développement embryon-

naire qu'il faut chercher la véritable explication des kystes dermoïdes du cou. Peut-être en est-il de même pour tous ceux qu'on rencontre dans les autres parties du corps ? C'est là un point qui n'est pas encore élucidé, mais que les recherches des anatomistes pourront mettre en lumière.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On comprendra toute l'importance de ce chapitre, si on songe que dans un grand nombre de cas douteux, l'examen histologique de la paroi et du contenu de ces tumeurs acquiert une valeur diagnostique considérable.

Tous les kystes branchiaux sont loin d'avoir la même structure. A côté des tumeurs présentant une grande similitude avec les loupes, on en trouve d'autres, qui renferment des poils et plus rarement des os et des dents

La lecture d'un grand nombre d'observations va nous permettre, nous l'espérons, d'exposer d'une façon à peu près complète, l'anatomie pathologique des kystes dermoïdes congénitaux du cou, dont les ouvrages classiques n'offrent qu'un résumé succinct.

On peut les diviser en deux grandes classes : les kystes superficiels et les kystes profonds. Cette division sans être parfaite a tout au moins le mérite d'être basée sur leur mode de développement que nous exposons dans le chapitre consacré à la pathogénie de cette affection.

Les kystes superficiels siègent directement sous la peau, les kystes profonds au contraire sont en rapport immédiat avec une muqueuse, comme ceux du plancher de la bouche par exemple. Les kystes dermoïdes sublinguaux sont placés dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; quant aux autres kystes superficiels et profonds, on peut les rencontrer, soit sur la ligne médiane, soit sur les parties latérales du cou.

Les kystes dermoïdes peuvent envoyer des prolongements dans les profondeurs du cou, et s'étendre parfois jusqu'à la colonne vertébrale.

Leur forme est variable : les uns sont allongés transversalement ou d'avant en arrière, les autres sont arrondis. Ils peuvent présenter les étranglements, et dans certains cas, de l'extrémité de la tumeur part un cordon dur qui s'enfonce et va adhérer au squelette. Les causes qui déterminent l'augmentation de volume de ces tumeurs, sont d'une part leur âge, et d'autre part l'inflammation qui peut survenir à la suite de certaines circonstances accidentelles que nous examinerons plus loin.

Certains kystes branchiaux présentent la grosseur d'une noisette, tandis que d'autres atteignent le volume d'un œuf de poule, d'une orange, ou d'un poing.

Ils adhèrent souvent aux parties environnantes, notamment à la gaine des gros vaisseaux (veine jugulaire interne et artère carotide) et aux os (apophyses mastoïde, styloïde, os hyoïde, maxillaire inférieur etc.) Ce sont ces adhérences qui, lorsqu'elles sont très fortes, rendent leur extirpation parfois difficile. Quelquefois il y a enclavement d'un peu de peau au milieu du tissu osseux par suite d'un accident d'évolution embryonnaire.

Les kystes dermoïdes sublinguaux peuvent faire saillie soit au-dessous du maxillaire inférieur, soit dans la cavité buccale, et même à la fois dans ces deux régions (Combalat. *Bull. Soc. de chir.* p. 505).

En se développant, ils arrivent à repousser la langue en arrière, les gencives et les dents en avant, (Ozenne, *Archives gén. de méd.* 1883) et, à plus forte raison, les muscles du plancher de la bouche.

La coloration de la muqueuse qui les recouvre peut être

légèrement modifiée ; c'est ainsi qu'elle varie du bleu au rose ; plus rarement elle est blanchâtre ou grisâtre.

Voyons maintenant que nous avons étudié le siège, la forme et le volume de ces tumeurs, quels sont les éléments qui entrent dans la structure de leurs parois.

Celles-ci sont constituées par un tissu qui offre la plus grande analogie soit avec la peau, soit avec une muqueuse.

Dans plusieurs cas, le microscope n'a pu révéler à l'observateur attentif la présence de la couche cornée de l'épiderme, preuve évidente qu'il s'agissait bien là d'une muqueuse et non d'une enveloppe cutanée.

Dans la majorité des cas, on trouve que la paroi est formée par trois couches, qui sont, en allant de dehors en dedans :

1° Une couche qui n'est autre chose que du tissu dermique, c'est à dire un réticulum de tissu conjonctif et élastique, pouvant renfermer des follicules pileux, des glandes sudoripares et sébacées.

Cette couche n'offre pas toujours la même vascularité.

Max Schede a rapporté l'observation d'un kyste remarquable au point de vue de la richesse vasculaire de la capsule.

Le kyste observé dans le service de M. le professeur Gross présentait aussi un grand nombre de vaisseaux dans l'intérieur de ses parois, ainsi que M. le professeur Morel a bien voulu nous le faire voir sur des coupes habilement préparées. Ce fait mérite d'être signalé, car le plus souvent, on trouve peu de vaisseaux dans la membrane kystique.

2° Une deuxième couche constituée par des cellules polygonales avec des noyaux et qui répond à la couche de Malpighi.

3° Une troisième couche formée de cellules épithéliales. La nature de l'épithélium n'est pas constante. On peut trouver un épithélium à cils vibratiles ressemblant à celui des voies

respiratoires ou un épithélium pavimenteux stratifié comme celui de la peau.

M. Robin a démontré le premier, qu'on pouvait observer en même temps à la surface interne d'un kyste dermoïde des cellules pavimenteuses épidermoïdales et des cellules coniques à cils vibratiles. Comment expliquer ce fait ? On sait que les arcs branchiaux présentent un épithélium qui est pavimenteux sur leur face externe, cylindrique sur leur face interne. Sur leurs bords on doit trouver le mélange de ces deux épithéliums; dès lors la disposition indiquée par M. Robin est facile à comprendre.

Il n'est pas rare de trouver des kystes dont les parois n'ont pas la même épaisseur, qui peut varier en moyenne de quinze millimètres à trois millimètres seulement.

Dans quelques cas exceptionnels, on a rencontré sur leur face interne des plaques dures constituées par un fibro-cartilage et qui d'après ses caractères a été considéré comme étant un cartilage de l'oreille.

Ce fait n'a rien d'étonnant et trouve son explication dans la théorie branchiale. On conçoit qu'un repli cutané invaginé au niveau de l'oreille entre les arcs branchiaux par suite d'un vice de développement, puisse renfermer des fragments de cet organe.

La surface interne n'est pas toujours lisse, elle peut présenter des dépressions avec des culs de sac pleins d'un mucus transparent et visqueux. (Demoulin, Thèse de Paris 1866.)

Nous arrivons à la description du contenu si variable de ces tumeurs et dont l'interprétation a soulevé tant de discussions.

Il se présente tantôt sous l'aspect d'un liquide filant, visqueux, albumineux, tantôt au contraire plus épais, analogue à de la crème. Le plus souvent c'est de la matière sébacée qui

rappelle l'enduit dont est recouvert le corps du nouveau-né. Accidentellement c'est un liquide brunâtre provenant de caillots formés à la suite d'un coup porté sur la tumeur. Souvent on rencontre dans ces kystes des poils follets, rarement des cheveux, exceptionnellement des os et des dents. Le microscope y révèle la présence de cellules cornées, de cellules épithéliales remplies de granulations graisseuses, de tablettes de cholestérine. Au milieu de ces éléments, se trouvent des sels inorganiques, tels que chlorures de sodium et phosphates alcalins.

Gilles, dans sa thèse, rapporte une observation de Wurtzer d'un kyste dermoïde du cou, dans lequel on trouva au milieu de la masse un os aigu qui ressemblait à une dent incisive, un fragment osseux entouré de périoste et un corps saillant ressemblant à une mâchoire. D'après M. Cusset, les os trouvés dans les kystes branchiaux et ressemblant à des parties de maxillaire inférieur étaient toujours greffés sur la mâchoire du sujet porteur : jamais on n'a pu rencontrer une production osseuse ayant une organisation définie et reconnaissable, capable de faire admettre un fœtus inclus. Les os peuvent être considérés comme des bourgeons du maxillaire inférieur, des parasites qui seraient le siège d'une évolution dentaire. On s'expliquerait ainsi la présence de dents dans les kystes dermoïdes du cou.

Pourquoi cette différence si grande dans le contenu des kystes dermoïdes, telle que MM. Cornil et Rauvier en reconnaissent trois variétés dans leur traité d'anatomie pathologique ?

Ne pourrait-on pas se demander si la présence de poils, de matière sébacée dans l'intérieur de ces tumeurs, ne dépend pas de la structure de la peau, au moment où elle a été invaginée en quelque sorte entre les arcs branchiaux, et qui dès

lors subissant un arrêt dans son développement, conserverait chez l'adulte les caractères qu'elle présentait à cette époque. On sait en effet, que les glandes sudoripares, les glandes sébacées, les follicules pileux, etc., apparaissent chez le fœtus dans un ordre déterminé, de sorte qu'on pourrait ainsi expliquer pourquoi tel kyste renferme des poils, tandis que dans tel autre, on ne rencontre que de la matière sébacée, en admettant que l'invagination ne se fasse pas toujours à la même époque.

Mais cette hypothèse tombe devant ce fait, que l'oblitération des fentes branchiales est antérieure à l'apparition des glandes sudoripares qui se développent seulement vers le cinquième mois, des glandes sébacées et des follicules pileux, qui n'existent pas avant le sixième et le troisième mois de la vie intra-utérine.

Toutes les annexes de la peau, telles que poils, dents, etc, proviennent de bourgeons épithéliaux semblables et il est impossible de savoir pourquoi tel bourgeon donne naissance à un organe plutôt qu'à un autre.

En 1877, M. Verneuil a communiqué à la Société de chirurgie plusieurs cas de kystes prélacrymaux à contenu huileux. Mais les kystes oléagineux du cou sont rares.

En voici deux observations :

Observation.

Kyste du cou à contenu huileux, par Weiss de Prague (Bull. de la Soc. de chir., p. 63.)

Un homme âgé de 23 ans, gagna par suite d'une lésion (on essayait de l'égorger) au-dessous de l'angle maxillaire, une tumeur qui, dans l'espace de cinq années, grandissait peu à peu jusqu'au volume du poignet. Pendant deux années, ce volume resta invariable. La tumeur occupait l'espace compris entre le muscle sterno-cleido-mastoïdien, le larynx, le bord de la mâchoire inférieure et une ligne horizontale divisant le cou en deux moitiés ; elle était hémisphéri-

que, lisse à la surface, transparente, fluctuante. On divisa par une incision verticale la peau, on incisa la tumeur et on recueillit le contenu.

C'était un liquide huileux de couleur jaune clair, qui se coagula, exposé à l'air, comme de la graisse molle.

L'examen chimique a fourni les données suivantes :

Température où le liquide se liquéfiait, 36°5 c.

Température où le liquide se coagula, 28° c.

Peu soluble dans l'eau, partiellement soluble dans l'alcool froid, parfaitement soluble dans l'alcool absolu chaud, très facilement soluble dans l'éther.

Les solutions ne renferment point de cristaux, seulement des gouttes huileuses.

L'analyse donne : glycérine, acide de stéarine, acide de palmitine, acide huileux.

Observation.

Kyste du cou à contenu huileux. Observation adressée par le Docteur Malherbe de Nantes, à la Société de chirurgie (*Bulletins de la Société de chirurgie* ; année 1878. Tome IV, p. 257.)

Mademoiselle D... ; âgée de 25 à 30 ans, institutrice portait sous l'angle de la mâchoire droite une petite tumeur qui paraissait s'implanter assez profondément, peu mobile, située au-dessous de cette partie de l'aponérose cervicale qui, du bord inférieur de la mâchoire s'étend au sterno-mastoïdien. Du volume d'une grosse noix, elle se limite parfaitement en tous sens : fluctuation très nette.

On se serait aperçu de l'existence de cette tumeur dans l'enfance de cette jeune fille, vers l'âge de cinq ou six ans. La tumeur avait donc mis vingt ans à acquérir le volume constaté. Pas de traces de scrofule.

Sans trancher complètement le diagnostic de kyste dermoïde, ou de kyste développé dans un ganglion lymphatique ou d'épanchement sanguin passé à l'état kystique, M. Malherbe fit une ponction avec une aiguille de la seringue de Pravaz, et il en retira un liquide ayant l'aspect d'une huile un peu pâle et transparente. Après avoir extrait le contenu d'une ou deux seringues, il injecta dans le kyste une seringue d'alcool pur. Un an après, le kyste était à peu près dans le même état, il s'était rempli lentement sans douleur.

Dix ou douze seringues du contenu du kyste furent extraites comme l'année précédente, puis on injecta deux seringues d'alcool pur. Il y eut une sensation de cuisson modérée qui dura tout au plus une demi-heure. Aucun accident consécutif. Depuis lors, la tumeur, a diminué peu à peu, trois mois après, on ne trouvait plus de trace de kyste.

Le liquide de ce kyste avait l'aspect d'une huile pâle, il graissait les doigts et tachait le papier, il renfermait 89 0/10 d'oléine et 9 0/10 de palmitine.

La question des kystes oléagineux n'est pas encore tranchée. Nous croyons utile de rappeler, en quelques mots, ce qui a été dit sur ce sujet, sans vouloir les considérer comme des kystes dermoïdes, puisque leur origine est douteuse et que la structure de leurs parois n'a pas été donnée.

Le liquide renfermé dans ces tumeurs a généralement l'aspect d'une huile un peu pâle, graissant les doigts, tachant le papier et renfermant une certaine quantité d'oléine et de palmitine.

Il y a lieu de se demander s'ils sont congénitaux comme le soutiennent MM. Verneuil, Magitot et Le Dentu, ou accidentels comme l'a pensé M. Perrin.

L'origine traumatique des kystes oléagineux est démontrée par une observation de Gosselin (Clin. chir. t. II, p. 615) et par deux faits de Benjamin Anger (*Progrès médical* 1875, p. 83). D'un autre côté, l'observation du D^r Malherbe que nous publions, vient à l'appui de l'origine congénitale des kystes oléagineux et les rapproche ainsi des kystes dermoïdes.

En effet, on n'a relevé dans le cas précédent, comme circonstance étiologique, aucune violence, et si on n'a constaté l'existence de la tumeur que vers l'âge de cinq ou six ans, n'est-ce pas là précisément ce qui arrive pour les kystes dermoïdes qui souvent n'apparaissent que plusieurs années après la naissance ?

M. Gillette, qui a eu l'occasion d'observer un kyste oléagineux situé dans la région auriculo-mastoïdienne gauche, partage aussi cette opinion (*Bull. de la Soc. de chir.* 1881, p. 560).

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les kystes dermoïdes du cou présentent des caractères généraux communs à toutes les tumeurs bénignes et des caractères qui leur sont spéciaux. Ceux qui ont rapport à leur siège, à leur forme, à leur volume etc., ont été décrits plus haut avec détail ; cependant nous croyons utile de les rappeler brièvement, car ils sont d'une grande importance au point de vue du diagnostic, et les passer sous silence dans ce chapitre serait présenter un tableau incomplet des signes dont l'ensemble seul permet de reconnaître les néoplasmes qui font l'objet de cette étude.

SYMPTOMES PHYSIQUES.

Siège. — Ils ne siègent pas indifféremment sur toutes les parties du cou, mais c'est toujours dans la portion antéro-latérale qu'on les a rencontrés, ainsi que le montre la lecture des observations précédentes. Les kystes sublingaux font saillie sous la base de langue. Les kystes sus-hyoïdiens offrent souvent ce caractère : aussi l'examen, lorsqu'on soupçonne une de ces deux variétés de tumeurs, doit-il porter aussi sur la cavité buccale. Le doigt introduit dans la bouche, renseignera sur le siège exact, le volume, la forme, la consistance du kyste.

Les tumeurs dermoïdes de la nuque n'ont pas encore été signalées. Nous trouvons l'explication de ce fait qui vient con-

firmer la théorie branchiale, dans la disposition des arcs viscéraux qui de la base du crâne se dirigent obliquement de haut en bas, pour se souder en avant sur la ligne médiane. A la partie postérieure du cou, les fentes pharyngiennes font défaut ; c'est là, suivant nous, la véritable raison de l'absence de kyste dermoïdes dans cette région. Cependant, nous croyons qu'il serait possible d'en observer immédiatement au-dessous de l'occiput sur la ligne médiane, là précisément où se trouve le point de départ de l'appareil branchial.

Volume. — Le volume des kystes dermoïdes est variable. Nous reviendrons sur ce caractère lorsque nous étudierons la marche de cette affection. Rappelons seulement que dans la majorité des cas, les malades se présentent au médecin, lorsque la tumeur a déjà atteint les proportions d'un œuf de poule ou d'une orange. Quand les kystes sont petits, rien ne décèle leur présence. Pour les malades eux-mêmes, ces productions passent inaperçues à leur début, ce n'est que par hasard qu'on les découvre. Et si on a mis en doute leur *congénitalité*, c'est qu'elles n'apparaissent souvent qu'entre la quinzième et la trentième année.

Forme. — La forme est généralement arrondie, sphéroïde ou ovoïde, régulière ou irrégulière, en général leur surface est lisse, quelquefois bosselée.

Consistance — La consistance est loin d'être toujours la même. Dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, nous avons montré combien ces tumeurs étaient remarquables par la variété de leur contenu (matière sébacée, poils, os etc.). Donc la consistance du néoplasme dépendra de la prédominance de l'un ou de l'autre des principes qui remplissent la poche cutanée ou muqueuse, c'est-à-dire la membrane enveloppante du kyste. La fluctuation franche est rarement

perçue, elle est souvent remplacée par une pseudo-fluctuation. La tumeur peut-être élastique, présenter une consistance molle ou inégale, parfois même une certaine dureté. Il arrive souvent, dans ces cas, de constater après l'extirpation du kyste, un épaissement de ses parois, qui ont subi la transformation fibro-cartilagineuse. Si le néoplasme contient des os et des dents, le praticien pourra peut-être soupçonner la présence de ces organes : Inutile d'ajouter qu'il en aura rarement l'occasion, car, nous le répétons, c'est là un fait excessivement rare.

Tous les symptômes que nous venons de passer en revue nous sont révélés par la palpation. Ce mode d'exploration permet encore de reconnaître que la peau qui recouvre ces tumeurs est saine et glisse facilement au devant d'elles. Il nous renseigne sur les adhérences avec les organes voisins ou les prolongements qu'elles peuvent présenter.

On a aussi noté, comme caractère des kystes dermoïdes, l'empreinte persistante que produit l'impression du doigt. Ce signe n'existe pas toujours, néanmoins il est bon de le rechercher.

L'introduction d'un trocart dans une de ces tumeurs a fait percevoir à l'observateur attentif la sensation d'une masse pâteuse. Ce symptôme, joint aux autres caractères du néoplasme, lui a permis de porter un diagnostic exact sur sa nature.

Les kystes dermoïdes se distinguent des kystes séreux par leur opacité. Il a été possible de constater dans des cas rares, il est vrai, la coloration jaunâtre du contenu à travers la paroi transparente du kyste.

Il est enfin un moyen de diagnostic très utile, car il met sous les yeux du chirurgien le contenu de la tumeur ; nous voulons parler de la ponction exploratrice. Malheureusement celle-ci ne donne parfois aucun résultat ; c'est ce qui arrive

lorsque le kyste renferme une matière d'une consistance trop grande. Lorsque cette circonstance se présente, le diagnostic peut offrir de grandes difficultés, sauf pour les kystes dermoïdes sublingaux qui sont plus faciles à reconnaître.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS

A ces symptômes viennent s'ajouter des troubles fonctionnels qui sont variables, car ils dépendent du volume et du siège de la tumeur. Si elle est superficielle elle ne gênera le plus souvent qu'à par son volume, car tous les kystes dermoïdes sont indolents par eux mêmes, à moins qu'il ne survienne une complication inflammatoire tout à fait accidentelle. Comme tous les kystes en général, ils peuvent cependant provoquer des douleurs en faisant subir une distension ou une compression aux nerfs des parties environnantes, mais ces douleurs sont en quelque sorte extrinsèques, elles n'ont pas leur siège dans la tumeur elle-même.

S'agit-il, au contraire, d'une tumeur dermoïde profonde, d'un kyste sublingual par exemple, alors les symptômes sont bien différents. Avant que le néoplasme ait acquis un grand développement on verra survenir des troubles de la mastication, de la déglutition, de la phonation, et de la respiration, soit qu'il s'oppose directement au passage de l'air et des aliments par sa présence dans la cavité buccale, soit au contraire qu'il exerce une compression sur les organes avec lesquels il est en rapport, tels que le larynx, la trachée, l'œsophage.

L'état général du malade n'est jamais gravement compromis et n'étaient les désordres fonctionnels que nous venons d'énumérer, et souvent aussi un sentiment de coquetterie,

lorsque le kyste est superficiel, il hésiterait longtemps avant d'avoir recours à l'art.

On a confondu les kystes branchiaux avec les kystes séreux. Mais s'il s'agit d'un kyste séreux composé, on le reconnaîtra à ses bosselures multiples, inégales, les unes fluctuantes, les autres dures et résistantes. Il est plus difficile de distinguer les kystes dermoïdes des kystes séreux simples. On se rappellera que ces derniers ne font jamais saillie sous la base de la langue, qu'ils sont parfois transparents et enfin qu'ils ne déterminent aucune gêne dans la respiration et la déglutition.

Les kystes sébacés ou loupes siègent rarement au cou ; leur petit volume et leur situation dans l'épaisseur même des téguments permettent aussi de les reconnaître.

Les grenouillettes glandulaires aiguës se séparent nettement des kystes par leur rapide développement, et les douleurs qu'elles provoquent. Quant aux grenouillettes chroniques, on les reconnaîtra à leur transparence ; leur marche et une ponction exploratrice ne laisseront aucun doute sur leur nature.

Les kystes et les lipomes offrent plusieurs points communs. Cependant ces derniers présentent souvent des bosselures dues à l'existence de lobules, et MM. Morel-Lavallée et Richet ont constaté dans plusieurs cas une sensation particulière que l'on a appelée collision crépitante. Néanmoins, le diagnostic est souvent douteux.

La bronchocèle ou goître congénital occupe toujours la ligne médiane, elle a une consistance solide, et généralement elle donne lieu à une grande gêne de la respiration, quelquefois même à des accès de suffocation qui peuvent menacer les jours de l'enfant.

Un kyste dermoïde situé au niveau de la région thyroï-

dienne peut en imposer pour un goître, et disons-le, cette erreur a été commise pendant longtemps. Dans les deux cas, on peut constater un mouvement ascensionnel de la tumeur, dont le siège surtout est une cause d'erreur. Cependant le goître est en général plus ferme et moins fluctuant ; presque toujours il s'accompagne d'accidents graves du côté de la respiration.

L'engorgement ganglionnaire chronique, si fréquent au cou, ne peut être confondu avec la variété de kystes qui nous occupe, car il est généralement multiple, formé de noyaux durs, indépendants, et reconnaît une cause locale ou générale.

L'hydrocèle du cou, kyste dont l'existence a été signalée pour la première fois par Richard et ensuite par Muron, est rare. Une ponction de cette tumeur qui prend naissance dans les ganglions lymphatiques, donnera un liquide sero-sanguin. Mais nous avons vu que les kystes dermoïdes pouvaient accidentellement renfermer du sang. Donc l'examen histologique pourra seul trancher la question. On pourra soupçonner un kyste ganglionnaire si le malade se plaint d'avoir eu autrefois, au même niveau, une ou plusieurs petites grosseurs qui roulaient sous le doigt.

Les adénomes lymphatiques succèdent le plus souvent à des adénites chroniques. Ces petites tumeurs généralement multiples se distinguent nettement des kystes dermoïdes par leur nombre.

Les bruits de souffle faciles à percevoir si on a affaire à un anévrysme, ses battements, ses mouvements d'expansion ne laisseront aucun doute sur sa nature.

On reconnaîtra les tumeurs érectiles à leur coloration, à leurs battements, à la réductibilité et à la turgescence pendant les efforts.

Lorsqu'il s'agit d'ecchinocoques, on se trouve en présence d'une tumeur transparente. Ici encore, comme dans beaucoup de cas, une ponction exploratrice suivie de l'examen du liquide tranchera la question ; car le microscope y révélera la présence de crochets, signe pathognomonique des kystes hydatiques. Nous devons ajouter que le frémissement hydatique est rarement perçu, ce qui accroit les difficultés du diagnostic.

On a confondu les kystes athéromateux du cou avec de simples abcès froids. Pour certains auteurs il serait même presque impossible de les en distinguer, avant d'avoir examiné le contenu au microscope. Les deux genres de tumeurs se présentent sous forme d'une poche fluctuante, arrondie, indolente au toucher, et, quand on ponctionne un kyste athéromateux, il s'en écoule un liquide jaunâtre, assez semblable au pus, au moins à l'œil nu. Mais quand on en porte une goutte sur le porte-objet, on reconnaît qu'outre une certaine portion de globules de pus, il renferme beaucoup de cellules épithéliales, des cristaux de cholestérine et souvent des gouttelettes de graisse. Le kyste athéromateux se développe en général plus lentement que l'abcès froid et atteint un plus grand volume, sans que le peau rougisse et menace de s'ouvrir. (Boeckel. *Bull. de Thérapeutique*, oct. 1879.)

Les abcès chroniques présentent une fluctuation plus nette et plus franche ; outre les douleurs et l'empâtement des tissus environnants, la peau qui le recouvre est adhérente et plus ou moins rouge.

Nous arrivons aux kystes sanguins encore peu connus de nos jours ; ce qui s'explique par la rareté des observations publiées jusqu'ici et le petit nombre de recherches dont ils ont été l'objet.

Bien qu'ils ne rentrent pas directement dans le cadre de notre sujet, si ce n'est au point de vue de leur diagnostic

différentiel avec les kystes dermoïdes, dont on ne peut guère les distinguer que par une ponction exploratrice et une coloration violacée de la peau dans certains cas, nous croyons utile d'en dire quelques mots afin d'appeler sur eux l'attention des chirurgiens.

Nous citerons les observations de M. Boeckel (*Gazette méd. de Strasbourg*, oct. 1876); Bergeron (*France médicale* 1875, n° 95); Stoltz et Lévy (*Revue médicale de l'Est*, tome X, 1878, p. 161).

Le kyste qui fait le sujet de cette dernière observation, a été présenté à la Société de médecine de Nancy (février 1874). et MM. Morel et Gross ont constaté dans le liquide de cette tumeur, une grande quantité de globules sanguins; dans les parois, des éléments musculaires lisses, en tout point analogues à ceux que l'on rencontre dans les parois veineuses. Cet examen confirme l'opinion de notre regretté maître, M. le professeur Michel, qui considérait ces tumeurs sanguines comme ayant leur point de départ dans des dilatations veineuses, qui, plus tard, s'isoleraient sous forme de kystes.

Il n'est pas toujours facile de distinguer des kystes dermoïdes les hygromas. On sait que ces derniers sont situés : l'un, dans la bourse séreuse préthyroïdienne, l'autre, dans la bourse séreuse hyo-thyroïdienne, laquelle se prolonge en arrière de l'os hyoïde, entre celui-ci et la membrane hyo-thyroïdienne. Le siège de ces tumeurs, leur résistance et surtout le contenu formé par un liquide transparent, visqueux, analogue à celui qu'on trouve dans la grenouillette, mettront le chirurgien dans la voie du diagnostic.

Il semble difficile de confondre un kyste congénital dermoïde ou non de la nuque, avec une encéphalocèle, tumeur réductible, présentant un cercle osseux à sa base, et qui est le siège de pulsations isochrones à celles du pouls. Cependant,

quelquefois la ressemblance entre ces deux sortes de tumeurs, peut être assez grande pour embarrasser le praticien, comme nous en trouvons un exemple dans l'observation suivante, publiée dans la *Revue des Sciences médicales* (Tome XVIII, page 608) (*Edimb. Med. Journ.*, p. 690, fév. 1881). Ce fait nous a paru si étrange que nous le relaterons sans y ajouter aucun commentaire.

Observation de Keith Norman Macdonald.

Kyste congénital du cou simulant une encéphalocèle. — Suppuration du contenu et méningite mortelle.

Enfant né à terme, mais avec une certaine difficulté, en raison d'une volumineuse tumeur située sur le côté gauche du cou, et s'étendant depuis la nuque jusqu'à l'épaule.

Sensation de fluctuation évidente, aucune mobilité de la tumeur. L'affection gênant l'enfant dans les mouvements de la déglutition, une ponction aspiratrice fut pratiquée avec les précautions antiseptiques, et amena un dépôt floconneux, épais, transparent, albumineux, légèrement teinté de sang. Quelques jours après, le liquide se reproduisait et une nouvelle ponction fut nécessaire ; elle donne issue à un liquide similaire. Mais au bout d'un mois, il fallut de nouveau recourir à l'opération, et cette fois, ce fut du pus fétide qui fut aspiré par le trocart.

Des symptômes inflammatoires se déclarèrent, et l'enfant mourut dans le coma, après avoir eu des convulsions, indiquant la présence d'une méningite.

L'autopsie montra une congestion méningée et une accumulation de liquide céphalo-rachidien dans les cavités cérébrales ; l'encéphale lui-même était injecté, mais non suppuré. Il n'existait aucune communication entre la cavité crânienne et la tumeur cervicale. Celle-ci se montra sous la forme d'une poche kystique close, à parois épaisses, contenant du pus caséux et des débris de cloisons fibreuses, sans vascularisation notable de l'enveloppe.

L'auteur insiste sur la difficulté de reconnaître pendant la vie, s'il existait une communication entre la tumeur du cou et la boîte crânienne.

Les caractères entre un kyste dermoïde qui siègerait à la nuque et le spina bifida, sont assez tranchés pour qu'il soit facile de ne pas confondre ces deux affections. En effet, lors-

qu'il s'agit d'un spina-bifida, on est en présence d'une tumeur réductible, devenant plus volumineuse pendant l'opération, diminuant de grosseur pendant l'inspiration. Sa compression détermine la paralysie momentanée des organes recevant leurs nerfs de la portion médullaire située au-dessous de la compression.



MARCHE ET PRONOSTIC

Les kystes dermoïdes s'accroissent généralement avec une extrême lenteur. Ils restent inaperçus jusqu'à l'adolescence ; cependant il en est qui, par exception, présentent déjà un volume notable chez les enfants (obs. 9, 11, 12). D'autres après avoir fait des progrès pendant un certain temps, restent stationnaires pendant un grand nombre d'années, puis parfois se développent tout à coup, souvent sous l'influence d'une cause accidentelle. L'évolution de ces tumeurs est donc lente, irrégulière et intermittente. Il semble que la puberté, dont l'action se manifeste sur tout l'organisme, ne soit pas sans influence sur leur marche ; à cette époque, en effet, on les voit subitement augmenter de volume. On sait que certains kystes très petits peuvent rétrograder, ce que l'on attribue à la prédominance de l'absorption sur l'exhalation, et on explique ainsi la guérison spontanée de certains kystes séreux. La nature bien différente du contenu des tumeurs dermoïdes s'oppose à leur disparition spontanée par résorption pure et simple ; aussi celle-ci n'a-t-elle jamais été signalée. Les froissements, les contusions d'un col rude ont été invoquées comme causes déterminantes ; raisons banales qui trouvent, à la rigueur, leur place dans l'étiologie des adénopathies cervicales si fréquentes chez les jeunes soldats, mais qui perdent leur valeur lorsqu'il s'agit d'une affection observée aussi souvent chez la femme que chez l'homme.

Comme pour tous les kystes en général, les accidents sont au nombre de deux : l'inflammation et la rupture. L'inflammation rarement spontanée est presque toujours provoquée par un traumatisme, une ponction ou une injection irritante, faites dans un but thérapeutique. Celle-ci, lorsqu'elle dépasse les limites du kyste et envahit les parties voisines, se manifeste d'abord par ses symptômes habituels, tels que rougeur, douleur, chaleur, etc. Mais en même temps la tumeur augmente de volume ; c'est alors qu'on voit survenir les phénomènes de compression signalés plus haut sur des organes importants, tels que le larynx, la trachée, et qui menacent la vie du sujet par l'asphyxie qui peut être la suite de cette redoutable complication.

La rupture du kyste survient au moment de son extirpation ou est déterminée par un travail inflammatoire qui, sans amener la suppuration, diminue la consistance de la paroi.

Plus rarement, les kystes branchiaux s'ouvrent spontanément, ainsi que Max Schede en a rapporté un exemple : c'est là l'origine des fistules secondaires. Nous ajouterons que la rupture peut se faire, soit du côté de la peau, soit du côté des muqueuses buccale et pharyngienne.

Le pronostic est bénin dans la majorité des cas. Il est plus sérieux chez les enfants que chez les adultes, à cause du développement plus rapide de ces tumeurs chez les premiers sous l'influence d'une cause occasionnelle, et des dangers que présente toute intervention chirurgicale à cet âge de la vie. Il ressort de ce que nous avons dit touchant le siège, le volume, les rapports, la marche et les complications de ces tumeurs. Mais on doit faire entrer en ligne de compte aussi le traitement dirigé contre cette affection. En effet, les kystes dermoïdes congénitaux du cou, n'ont aucune tendance à

guérir sans le secours de l'art. Bien qu'ils puissent présenter dans leur marche des temps d'arrêt, celle-ci est progressivement croissante, et si la récurrence est fréquente c'est qu'un mauvais traitement leur est opposé.



TRAITEMENT

Les diverses méthodes de traitement instituées pour guérir cette affection sont aussi nombreuses que les théories émises pour en expliquer le développement ; nous allons les passer rapidement en revue.

On sait qu'il existe trois indications du traitement curatif des kystes en général et qui sont les suivantes : 1° faire résorber le contenu du kyste ; 2° provoquer l'oblitération du kyste ; 3° le détruire ou l'extirper.

Nous avons vu plus haut que la résorption du contenu d'une tumeur dermoïde était impossible, donc tous les moyens, tels que topiques irritants, applications résolutives, etc., sont inefficaces.

Les incisions simples, les ponctions suivies d'injections irritantes ou caustiques faites avec de la teinture d'iode, du perchlorure de fer, du chlorure de zinc, etc., les sétons, les cautérisations, l'excision partielle, peuvent amener l'oblitération de certaines variétés de kystes en déterminant une inflammation adhésive de leurs parois ou en provoquant leur suppuration. Sans doute, un kyste dermoïde peut guérir par ce dernier mécanisme, mais étant donné l'épaisseur de la membrane kystique, est-on certain d'obtenir une suppuration suffisante pour la détruire ? On se rappelle le premier cas de Max Schede (observation I) où il y eut récurrence après une injection de teinture d'iode dans la tumeur. Les faits de ce

genre sont nombreux, et trouvent leur explication dans ce que nous avons dit plus haut. Le contenu des kystes n'étant que le produit de sécrétion de l'enveloppe, la destruction de cette dernière pourra seule mettre fin au travail incessant qui s'opère à sa face interne.

La méthode qu'il est préférable d'employer dans le traitement des kystes dermoïdes est l'extirpation.

Cette opération considérée longtemps par les chirurgiens, comme dangereuse, est rendue bénigne par les nouveaux modes de pansement qui, en prévenant un grand nombre de complications, font l'honneur de la chirurgie moderne et marquent d'une façon incontestable un grand progrès accompli dans ces dernières années.

Le procédé opératoire peut se résumer ainsi : incision de la peau et énucléation de la tumeur avec le scalpel et un instrument mousse. Mais cette extirpation si simple en elle-même offre parfois des difficultés provenant des adhérences du kyste avec les parties voisines. Les ponctions suivies d'injections de teinture d'iode ou d'un autre liquide irritant amènent presque toujours ce résultat, c'est-à-dire une inflammation qui rend plus intimes les connexions de la tumeur avec les organes qui l'entourent. Ces derniers, comme nous l'avons vu, sont souvent des vaisseaux (artère carotide, veines jugulaires, faciale, etc.). Une hémorrhagie est donc à craindre, aussi le chirurgien doit-il opérer lentement et avec prudence, divisant entre deux ligatures les vaisseaux qu'il ne peut faire récliner par un aide. Un accident qui peut survenir pendant l'opération, est la rupture de la membrane kystique dont la minceur est quelquefois si grande que la moindre traction exercée sur elle suffit pour mettre à nu l'intérieur du kyste. En pareil cas, il n'y a rien de mieux à faire que de vider le contenu de la tumeur et d'extirper ensuite ses parois.

Cette partie de l'opération est la plus délicate et réclame de la part du chirurgien toute son habileté, car il doit faire en sorte, pour empêcher les fistules consécutives, que l'extirpation soit complète.

Ensuite, on réunit les bords de la plaie avec des sutures métalliques et des épingles, et un tube à drainage est introduit dans l'angle inférieur de la plaie. Le tout est recouvert de mousseline phéniquée et maintenu au moyen d'un bandage légèrement compressif. La réunion par première retention est la règle. Elle se fait ordinairement partout excepté sur le trajet du drain, où il peut y avoir un peu de suppuration. Il suffit généralement de quelques jours pour obtenir la cicatrisation de la plaie.

Plus tard, la présence d'une ou plusieurs fistules au niveau même de la cicatrice, avertit le praticien que l'énucléation de la tumeur a été incomplète et qu'il a laissé au fond du foyer opératoire, quelques points de la membrane kystique.

Il est nécessaire de détruire ceux-ci par la cautérisation, si on veut obtenir la guérison complète du malade.

M. Eug. Boeckel (Bull. de Thérapeutique, oct. 1879) a publié deux observations de kystes athéromateux du cou, dont l'extirpation a été suivie dans les deux cas d'une réunion par première intention. Ce mode de cicatrisation consécutif à l'extirpation des kystes dermoïdes mérite d'être signalé, car on opère dans une région très mobile et la forme de la plaie plus ou moins arrondie s'oppose au rapprochement de ses deux bords surtout dans les parties profondes qu'il est difficile au chirurgien d'affronter.

Nous ferons remarquer qu'au cou, il y a un réel avantage à obtenir une réunion immédiate qui ne laisse à sa suite qu'une cicatrice linéaire, dont la disparition complète, qui

est possible, ne manque pas d'être un sujet de satisfaction pour les malades.

Nous terminerons en disant que l'extirpation de la tumeur est encore le meilleur mode de traitement, lorsqu'il survient des accidents graves, résultant d'une inflammation provoquée par les causes dont nous avons parlé plus haut, à moins qu'il ne s'agisse d'un enfant trop faible pour supporter une opération.

A cet âge de la vie, il ne faudrait pas se hâter d'intervenir, car une sage expectation a donné souvent de bons résultats, dans des cas analogues, pour les kystes sérieux.



CONCLUSIONS

- 1° Les kystes dermoïdes du cou sont toujours congénitaux.
- 2° Si tous les kystes dermoïdes du cou ne sont pas des kystes branchiaux, ces derniers du moins sont de beaucoup les plus nombreux.
- 3° C'est dans un vice de développement embryonnaire qu'il faut chercher leur véritable explication.
- 4° L'examen du contenu du kyste et de sa paroi, peut seul dans un grand nombre de cas, permettre au chirurgien d'affirmer la nature de la tumeur.
- 5° Le mode de traitement à suivre est l'extirpation.
- 6° Tous les autres moyens de traitement sont impuissants et parfois même dangereux par l'inflammation qu'ils provoquent.
- 7° L'extirpation est une opération bénigne ; bien faite, elle a toujours été suivie de succès.

Vu :

Le Président de la thèse,
Nancy, le 6 juillet 1883.

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 6 juillet 1883.

Le Recteur,
M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Empoisonnement par l'acide sulfurique.
- 2° PHYSIQUE. — De l'œil au point de vue physique. — Anomalies de la réfraction.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Champignons parasites produisant les maladies du cuir chevelu ou de la peau.
- 4° ANATOMIE. — Des cavités labyrinthiques.
- 5° HISTOLOGIE. — Tissu nerveux.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Innervation de l'iris.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des accidents qui peuvent se produire pendant la réduction des luxations.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des voies par lesquelles les agents pathogéniques peuvent s'introduire dans l'organisme.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De la méningite tuberculeuse.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — Qu'est-ce qu'un médicament tonique.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Extirpation des tumeurs érectiles.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Des différents moyens de réduire le volume de la tête.
- 13° HYGIÈNE. — De la valeur nutritive des viandes peptonisées.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Des maladies syphilitiques au point de vue médico-légal.

